

# Questioni di buone pratiche

**Specificità dell'approccio clinico dell'Antenne 110  
&  
Analisi delle convergenze e delle divergenze tra la pratica clinica  
all'Antenne 110 e le altre prese in carico psicosociali del bambino con  
un disturbo dello spettro autistico**

Documento redatto dai membri del gruppo  
di lavoro dell'Antenne 110 sulle prese in  
carico contemporanee del bambino con DSA

*B. Boudard, C. Detienne, C. Loones, G. Possoz*

---

L'Antenne 110 è un centro di rieducazione psicosociale convenzionato (INAMI). Essa accoglie 18 bambini che presentano un disturbo dello spettro dell'autismo o un grave disturbo della personalità. La presa in carico è pluridisciplinare e l'équipe è composta da una ventina di persone di formazione diversa: educatore, psicologo, logopedista, psicomotricista, assistente sociale, pediatra e neuropsichiatra infantile.

---

## **Prefazione**

Vogliamo innanzitutto ringraziare il direttore dell'Antenne 110 Bruno De Halleux che ci ha consentito di pubblicare in italiano questo lavoro redatto dai membri del gruppo di lavoro dell'Antenne 110 composto da B. Boudard, C. Detienne, C. Loones, G. Possoz, sulle prese in carico contemporanee del bambino con DSA. L'Antenne 110, attiva ormai da più di 40 anni, è un faro a cui si sono ispirati molti altri centri in Europa e nel mondo tra cui l'Antenna 112 di Venezia fondata da Martin Egge.

La Fondazione Martin Egge Onlus condivide completamente l'orientamento teorico ed etico, unico ed originale nel panorama odierno dei trattamenti dell'autismo, su cui si basa l'approccio clinico dell'Antenne 110. Esso si fonda su quello che, in definitiva, è l'insegnamento maggiore della psicoanalisi: la convinzione che la persona, bambino o l'adolescente autistico, sia un soggetto. In questa prospettiva è fondamentale rispettare le difficoltà del soggetto e le soluzioni che cerca di appor-tarvi così come le sue inclinazioni e le sue affinità; a partire da esse l'operatore, con la sua particolarità e il suo stile, potrà stabilire un rapporto di fiducia e affiancarsi a lui per sostenerlo nei suoi progressi.

Questo documento ricerca le convergenze e le divergenze della pratica all'Antenne con altri tipi di pratica ma, al di là della vicinanza o della lontananza con altri tipi di intervento, parte dal desiderio degli operatori dell'Antenne 110 che l'hanno redatto di saperne di più su queste pratiche. Anche noi condividiamo questo desiderio e siamo felici di pubblicare questo importante lavoro così come condividiamo l'auspicio dei suoi autori che esso possa contribuire ad un dialogo con tutti coloro che sono coinvolti nell'accoglienza di persone autistiche e delle loro famiglie.

Chiara Mangiarotti

Presidente della Fondazione Martin Egge Onlus

Traduzione dal francese di Gloria Badin, Maria Croizat, Beatrice Lasta, Sergio Mangiarotti  
Revisione di Sergio Mangiarotti

L'obiettivo del presente documento è di inquadrare la pratica clinica all'Antenne 110 in rapporto agli altri tipi di prese in carico psicosociali<sup>1</sup> del bambino con un disturbo dello spettro autistico.

Per fare ciò, proponiamo al lettore due sezioni distinte, che costituiscono due ingressi possibili per la lettura del documento:

→ La sezione I «**Specificità dell'approccio clinico dell'Antenne 110**» descrive in dettaglio i diversi aspetti della pratica clinica all'Antenne.

→ La Sezione II «**Analisi delle convergenze e delle divergenze**» consente di inquadrare una serie di rapporti tra la pratica clinica all'Antenne e le altre prese in carico più spesso citate in materia di autismo.

---

<sup>1</sup> L'espressione intervento o presa in carico psicosociale ingloba «tutti i tipi di intervento volti a migliorare il funzionamento psicologico e il benessere di una persona e la loro integrazione nella società. (...) Il campo di applicazione del termine 'psychosocial intervention' è vasto, poiché include gli interventi comportamentali, dello sviluppo e educativi.» (Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). (2014). *Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents: Un guide de pratique clinique*, p.22).

# Indice

Introduzione generale.....	7
Preliminari: osservazioni importanti.....	7
Presa in carico del bambino con autismo o accompagnamento del bambino autistico? .....	8
Tecnica, procedura, pratica o approccio? .....	8
Rigidità o flessibilità delle pratiche?.....	8
Efficacia delle pratiche e rispetto del bambino.....	9
Esiste una «buona pratica» in materia di autismo? .....	9
Sezione I: Specificità dell'approccio clinico di Antenne 110 .....	10
L'autismo: una sindrome complessa .....	11
La complessità, dalla parte del discorso scientifico .....	12
Un altro approccio alla complessità: la clinica del «soggetto» .....	13
La singolarità come motore dell'accompagnamento .....	14
La pratica clinica all'Antenne 110: una «pratica à plusieurs» .....	14
La pluralità degli operatori .....	15
La riunione clinica .....	15
Il responsabile terapeutico.....	15
Il riferimento teorico-clinico.....	15
Il partenariato con il bambino: .....	16
il suo scopo e i suoi mezzi .....	16
I tre perni della regolazione .....	17
Regolazione corporea.....	17
Regolazione relazionale .....	20
Regolazione cognitiva .....	21
I tre perni del cambiamento .....	23
Elaborazione .....	23
Socializzazione .....	24
Apprendimento .....	25
Le modalità della partnership con il bambino.....	27
Il lavoro in atelier.....	27
Il lavoro fuori atelier .....	28
Quando i progressi non si presentano all'appuntamento.....	29

Sezione II: Analisi delle convergenze e delle divergenze tra la pratica clinica all'Antenne e le altre prese in carico più spesso citate in materia di autismo .....	30
Introduzione .....	31
Le convergenze e le divergenze in un colpo d'occhio .....	32
Pratiche di intervento globale .....	33
METODO LOVAAS .....	34
ABA-VB .....	37
TEACCH .....	39
SCERTS .....	41
ESDM .....	43
FLOOR-TIME .....	45
SON-RISE (& le « 3i ») .....	47
Pratiche d'intervento mirate .....	49
Pratiche d'intervento miranti ai saperi a al saper fare .....	50
Rinforzo .....	51
Rinforzo positivo .....	51
Rinforzo negativo .....	51
Guida .....	53
Sfumatura temporale .....	54
Insegnamento per prove distinte e multiple .....	55
Analisi dell'attività .....	56
Strategie d'insegnamento spontaneo .....	57
Insegnamento «accidentale» .....	57
Ambiente didattico migliorato .....	58
Allenamento alle risposte cardine .....	59
Modellizzazione .....	60
Modellizzazione dal vivo .....	60
Video-modellizzazione .....	61
Strumenti informatici .....	62
Interventi realizzati da un genitore .....	63
Pratiche d'intervento per la socializzazione e la comunicazione .....	64
Comunicazione tramite pittogrammi (PECS) .....	65
Racconti sociali .....	66
Gruppi di gioco strutturato .....	67
Interventi mediati da un pari .....	68
Pratiche d'intervento mirate ai comportamenti «problematici» .....	69
Interventi reattivi .....	69
Estinzione .....	70
Interruzione/reindirizzamento .....	72
Rinforzo differenziale .....	73

Interventi proattivi.....	75
Valutazione funzionale del comportamento .....	75
Variazione del programma, delle attività, del materiale.....	76
Incorporazione delle scelte del bambino nelle attività, nel materiale, nel programma ....	77
Annuncio delle prossime attività .....	78
Accesso al materiale sensoriale.....	79
Supporto visivo .....	80
Esercizi .....	81
Scripts .....	82
Intervento cognitivo-comportamentale e autogestione .....	82
Conclusione generale .....	83
Dalla specificità dell’approccio clinico dell’Antenne 110... ..	83
...alle convergenze e divergenze con le altre prese in carico .....	83

# Introduzione generale

Negli ultimi anni, due rapporti di «buone pratiche» sono stati pubblicati da diversi gruppi d'esperti in Belgio (CSS<sup>2</sup>, KCE<sup>3</sup>). Nonostante le differenze significative tra i due rapporti, essi hanno in comune di non distinguere la specificità di ciascun approccio psicodinamico e di considerare che questi approcci, nel loro insieme, differiscono radicalmente da altri (più particolarmente da approcci comportamentali ed evolutivi). Pertanto, lo scopo del presente documento sarà, da una parte, di precisare la specificità dell'approccio psicodinamico dell'Antenne 110 e, dall'altra, di confrontare la pratica risultante con le prese in carico psicosociali del bambino con disturbo dello spettro autistico (DSA).

Il nostro gruppo di lavoro, focalizzato sulle prese in carico contemporanee del bambino con DSA, ha studiato le diverse pratiche di intervento globale e le tecniche che sono oggetto di numerose opere e pubblicazioni scientifiche, sia in Belgio che altrove (Europa, Quebec, USA). Tutte le tecniche identificate come *Evidence Based* sono state attentamente esaminate e abbiamo precisato il livello di convergenza o divergenza della nostra pratica clinica in relazione a ciascuna di esse.

Per quanto riguarda la specificità del nostro approccio clinico, già nel 2006, in risposta a una richiesta dell'INAMI, avevamo redatto un articolo dal titolo «Un programma? Non senza il soggetto»<sup>4</sup>, Articolo che riprendeva in termini semplici i differenti principi di base che fondano e sostengono molto concretamente la nostra pratica.

Abbiamo voluto riformulare in modo più preciso, più dettagliato e anche più attuale, ciò che costituisce il cuore del nostro approccio e la pratica che ne deriva. All'Antenne 110 l'orientamento di lavoro è la psicoanalisi. Ma questa affermazione apre la strada a tutti i tipi di idee. È quindi necessario **specificare in che modo il riferimento centrale alla psicoanalisi guida il nostro lavoro clinico**. All'Antenne le cure analitiche vengono proposte ai bambini autistici? No! Gli operatori ricorrono all'interpretazione dei loro comportamenti? No! I genitori sono considerati responsabili dell'autismo del loro bambino (teoria psicogenetica)? No! **Se facciamo riferimento al campo psicoanalitico, è nel senso che la sua etica è il fondamento delle nostre strategie terapeutiche, rieducative e pedagogiche**. Questa etica si basa sulla nozione che il bambino autistico è un «soggetto», cosa che implica un rispetto assoluto per la sua singolarità e quindi un approccio individuale, caso per caso. Al contrario di altre prese in carico che si appoggiano su un metodo preliminare valido per tutti, il nostro approccio è basato su un partenariato tra il bambino e l'adulto, tenendo conto delle preferenze, delle scelte, delle invenzioni e delle soluzioni trovate dal bambino stesso.

Come indicato nel rapporto KCE, nessun tipo di presa in carico psicosociale è stato ancora in grado di dimostrare la sua efficacia con criteri scientifici soddisfacenti. Pertanto ci sembra importante contribuire a far conoscere il ventaglio di possibilità in materia di cura dei bambini autistici. La nostra speranza è che, attraverso questo documento, genitori, operatori o responsabili politici potranno trovare un modo per navigare nel labirinto delle prese in carico DSA, che si tratti di essere informato o di fare una scelta.

## Preliminari: osservazioni importanti

<sup>2</sup> Conseil Supérieur de la Santé (CSS). (2013). *Avis du conseil supérieur de la santé n° 8747: Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille*.

<sup>3</sup> Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). (2014). *Management of autism in children and young people: A good clinical practice guideline*.

<sup>4</sup> Questo articolo è consultabile nella rivista Préliminaire n°16 («D'une rééducation et ses préliminaires», 2006) e in un libro pubblicato a cura di B. de Halleux, «*Quelque chose à dire à l'enfant autiste: Pratique à plusieurs à l'Antenne 110*», 2010. Tr. It. B. de Halleux, a cura di, «Qualcosa da dire» al bambino autistico, Borla, Roma 2011.



## **Presa in carico del bambino con autismo o accompagnamento del bambino autistico?**

Nella letteratura scientifica l'espressione «bambino con autismo» è quella che viene usata più spesso. Tuttavia questa espressione ha l'inconveniente di sottintendere che è possibile distinguere ciò che il bambino è (la sua propria identità) da qualcosa che egli ha in aggiunta (l'autismo). In tal senso, non è insignificante il fatto che le persone consapevoli del proprio autismo preferiscano sovente l'espressione «persona autistica», considerando così che l'autismo fa parte integrante della loro identità.

Inoltre, la nozione di «presa in carico» del bambino suggerisce ugualmente che sia possibile «vincere» l'autismo proponendo delle rieducazioni volte a ridurre o eliminare i comportamenti giudicati patologici o devianti (per esempio perché non favoriscono un'integrazione sociale), e l'instaurazione di comportamenti giudicati desiderabili (per esempio perché sono congruenti con le norme sociali dell'ambiente del bambino). In questo contesto, l'orientamento del lavoro con il bambino è determinato esclusivamente da dei criteri esterni (per esempio una lista di comportamenti normali o una tabella di sviluppo normale).

All'Antenne, preferiamo mettere l'accento sulla nozione di «accompagnamento del bambino autistico», perché questo apre la possibilità di prendere in considerazione il lavoro con il bambino come un partenariato. Non ci sono da un lato gli esperti che fanno ciò che va bene per il bambino e dall'altro il bambino che deve piegarsi alle tecniche di cui sarebbe l'oggetto. La nozione di accompagnamento presuppone che l'orientamento del lavoro con il bambino sia prima di tutto determinato da criteri interni, elaborati dal bambino stesso oppure in «dialogo» con lui. Per questo non esiste un metodo valido per tutti.

## **Tecnica, procedura, pratica o approccio?**

La ricerca scientifica volta a valutare l'efficacia delle pratiche di intervento con i bambini autistici utilizza frequentemente i termini «tecnica», «metodo» o «procedura». Queste formulazioni all'Antenne non vengono privilegiate perché suggeriscono che le pratiche di intervento siano degli strumenti che basterebbe applicare nel modo più standardizzato possibile. All'Antenne non ci sono procedure standardizzate perché ogni pratica di intervento è elaborata in un dialogo costante tra operatori particolari, bambini particolari e un contesto particolare. Perciò utilizziamo più volentieri l'espressione «pratica clinica» perché antepone la dimensione clinica e relazionale che non può essere concepita indipendentemente dalla «tecnica». E riserviamo l'espressione «approccio clinico» per designare la teoria e l'etica che sono alla base della pratica clinica realizzata all'Antenne.

## **Rigidità o flessibilità delle pratiche?**

La ricerca scientifica, per ragioni metodologiche, presta molta attenzione alla «fedeltà» a una «tecnica». In altre parole, una «tecnica» dovrebbe essere utilizzata allo stesso modo da tutti gli operatori che ne fanno uso. Al contrario, all'Antenne promuoviamo un adattamento e un rinnovamento permanente delle pratiche secondo le competenze degli operatori e in funzione della particolarità di ogni bambino.

## Efficacia delle pratiche e rispetto del bambino

La ricerca scientifica cerca di valutare l'efficacia di «tecniche» specifiche. Ciò implica che una pratica sia imposta a tutti i bambini che fanno parte dei protocolli di ricerca, quali che siano le loro preferenze, le loro difficoltà, i loro rifiuti. Al contrario, all'Antenne le nostre pratiche di intervento sono validate principalmente — non in base alla loro efficacia statistica — ma in base alle preferenze, alle affinità, alle difficoltà e ai rifiuti del bambino. Ciò comporta l'elaborazione costante di nuove pratiche di intervento basate sul contesto clinico e la modulazione delle pratiche esistenti. Ciò implica ugualmente di mantenere un margine tra i nostri obiettivi terapeutici, pedagogici, e rieducativi e il modo singolare in cui il bambino risponde alle nostre proposte di intervento.

## Esiste una «buona pratica» in materia di autismo?

Come giustamente sottolineato dagli esperti del Centro federale di consulenza medico-sanitaria (Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE), che ha recentemente pubblicato un rapporto sulle «buone pratiche cliniche» in materia di autismo<sup>5</sup>, **attualmente non esiste una «buona pratica»** per ciò che riguarda il tipo di presa in carico psicosociale del bambino con DSA. In effetti, contrariamente al trattamento di certe malattie che rientrano nel campo della medicina, non esiste attualmente una «prova» scientifica sufficiente per raccomandare a tutti i bambini con DSA una presa in carico che avrebbe efficacia garantita. Sempre secondo gli esperti del KCE, gli studi condotti finora per dimostrare l'efficacia di un tipo di presa in carico soffrono di una serie di distorsioni metodologiche che limitano fortemente la pertinenza dei loro risultati.

Più in generale, se i test di validazione scientifica delle prese in carico hanno un interesse a livello della ricerca, noi consideriamo, appoggiandoci sulle riserve espresse dagli esperti KCE, che è del tutto prematuro imporre ai genitori e agli operatori strategie terapeutiche, rieducative e pedagogiche specifiche, contrariamente al desiderio di certi operatori<sup>6</sup>. Se consideriamo importante che la pratica clinica sia «informata»<sup>7</sup> dalle attuali ricerche scientifiche in materia, è ugualmente importante che le strategie elaborate per ciascun bambino siano oggetto di una regolare valutazione da parte dei genitori e degli operatori al fine di regolarla o eventualmente modificarla.

---

<sup>5</sup> (2014). *Management of autism in children and young people: A good clinical practice guideline*.

<sup>6</sup> Per esempio Magerotte, G. (2009). *Les 'bonnes pratiques' en autisme et troubles envahissants du développement. Perspectives actuelles*. Le Bulletin Scientifique De L'arapi, 24, 48-51.

<sup>7</sup> Nevo I. & coll., *The myth of evidence-based practice: towards evidence-informed practice*, British Journal of Social Work, 41, 2011.

## **Sezione I: Specificità dell'approccio clinico dell'Antenne 110**

## L'autismo: una sindrome complessa

La diagnosi di autismo (o disturbo dello spettro autistico) raggruppa un insieme di quadri clinici caratterizzati dalla presenza concomitante di due gruppi di sintomi che compaiono nella prima infanzia: (1) difficoltà persistenti che riguardano le interazioni sociali e la comunicazione; (2) la presenza di comportamenti, interessi e attività ristrette e ripetitive<sup>8</sup>.

La nozione di «spettro» suggerisce un continuum tra le forme più gravi di autismo (una volta chiamato «autismo di Kanner») e le forme meno gravi (una volta chiamata «sindrome di Asperger»)<sup>9</sup>.

Lontano dalle idee caricaturali veicolate talvolta dai media o nei libri divulgativi, il DSA è una sindrome a tal punto complessa<sup>10</sup> che dopo più di cinquant'anni di ricerca scientifica le conoscenze rimangono estremamente limitate sia a livello (a) delle sue cause (o della sua patogenesi), sia a livello (b) della comparsa e dell'evoluzione dei sintomi, sia a livello (c) dei trattamenti.

a) A livello dell'eziologia (lo studio delle cause), se dei fattori genetici e ambientali sono spesso citati in rapporto all'origine dell'autismo, attualmente essi permettono di rendere conto soltanto di una piccola percentuale dell'insieme dei quadri clinici. I modelli più congruenti con i risultati attuali riguardanti le cause dell'autismo privilegiano interazioni complesse e diverse tra differenti livelli (genetico, ambientale, neurologico<sup>11</sup>.)

b) Allo stesso modo, i ricercatori constatano una diversità molto grande nella presentazione dei quadri clinici, secondo la gravità o meno dei sintomi, la presenza o meno del linguaggio verbale, la presenza o meno di disturbi associati (ansia, iperattività, ritardo mentale, aggressività, ecc.) Non solo non ci sono due forme identiche di autismo, ma non possiamo attualmente prevedere con certezza quale sarà l'evoluzione di un particolare quadro clinico, sia a livello di comparsa del linguaggio verbale, sia a livello della gravità dei sintomi o dei disturbi associati (la cosiddetta comorbidità).

c) Per finire, non esiste attualmente un trattamento medico che possa curare l'autismo. Allo stesso modo, non esiste attualmente un trattamento psico-educativo adatto a tutte le persone autistiche, né a una stessa persona per tutto il corso della sua vita: la scelta di un trattamento psico-educativo è attualmente appannaggio più di una decisione personale che della scienza, essendo poco prevedibili i progressi conseguiti dai bambini autistici grazie a un trattamento<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition (DSM-5). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

<sup>9</sup> Maleval, J. C., & Grollier, M. (2015). *Extension du spectre de l'autisme*. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(4), 764–781.

<sup>10</sup> Waterhouse, L. H. (2013). *Rethinking autism: Variation and complexity*. London; Waltham, MA: Academic Press.

<sup>11</sup> A questo titolo, l'integrazione del DSA nella categoria dei «disturbi neuro-evolutivi», come fa il DSM 5, è problematica perché la ricerca attualmente non permette di dimostrare che l'autismo è associato a un problema neurologico condiviso da tutte le persone autistiche.

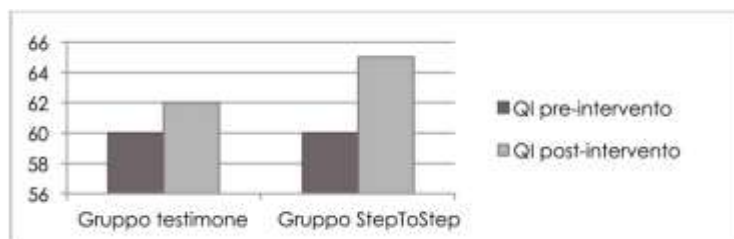
<sup>12</sup> Mottron, L. (2016). Capitolo: «Une évolution spontanée imprévisible, mais parfois positive», in: *L'intervention précoce pour enfants autistes. Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence* (Mardaga ed.). Bruxelles.

## La complessità, dalla parte del discorso scientifico

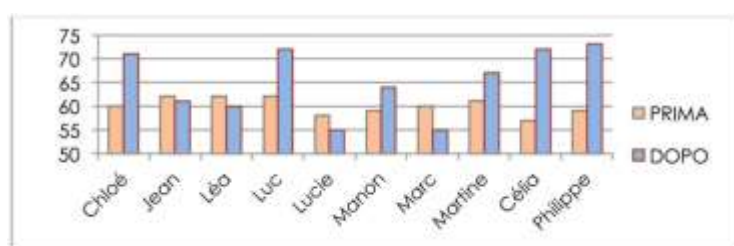
Nell'attuale ricerca scientifica riguardante l'eziologia, l'evoluzione e i trattamenti del DSA, l'enorme eterogeneità dei risultati degli studi mette chiaramente in evidenza la complessità della sindrome. In quanto tale, viene spesso considerata dai ricercatori come un ostacolo al progresso delle conoscenze, poiché non permette di rispondere con sicurezza alla domanda posta nella ricerca.

Prendiamo un esempio immaginario e semplificato<sup>13</sup>. Dei ricercatori vogliono valutare gli effetti del metodo pedagogico «StepToStep» sui bambini autistici. I ricercatori selezioneranno venti bambini di età e quoziente intellettivo equivalenti (valutato per mezzo di un test del QI). Questi venti bambini saranno distribuiti in maniera casuale in due gruppi: i bambini del primo gruppo parteciperanno al metodo «StepToStep» per tre mesi, mentre gli altri bambini faranno parte di un «gruppo di controllo».

Un test del QI verrà eseguito di nuovo per tutti i bambini dopo tre mesi. Immaginiamo che i risultati dello studio dimostrino che i bambini che hanno partecipato al metodo «StepToStep» siano progrediti meglio degli altri a livello del QI:



Tuttavia, i risultati individuali dei dieci bambini che hanno partecipato al metodo StepToStep mettono in evidenza una grande eterogeneità di risultati:



Se Chloé, Luc, Célia e Philippe sono nettamente progrediti con il metodo «StepToStep», i risultati di Manon e Martine sono più misti, mentre Jean, Lea, Lucie et Marc dopo l'intervento hanno dei punteggi più bassi di prima. Gli autori potrebbero concludere che il metodo «StepToStep» è un metodo efficace per sviluppare l'intelligenza dei bambini autistici (5 punti in media di guadagno nel QI dopo tre mesi), sempre riconoscendo **una variabilità molto alta** dei risultati (scarto-tipo di 7).

Dal punto di vista scientifico, la grande variabilità dei risultati è un problema significativo, poiché mina la portata dell'efficacia del metodo di intervento valutato. Si cercheranno allora dei

<sup>13</sup> Ecco il riferimento dello studio scientifico che ha ispirato la costruzione del nostro esempio immaginario: Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Varley, J. (2010). *Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The early start denver model*. *Pediatrics*, 125(1), e17-23.

modi per ottenere dei risultati più omogenei. Un modo per farlo è, per esempio, di formare dei sottogruppi<sup>14</sup> e guardare se il metodo di intervento ha dei risultati migliori per tali e tali sottogruppi.

Nel nostro esempio fittizio immaginiamo che tre sottogruppi siano creati in base ai progressi conseguiti (nessun progresso; progressi modesti; progressi significativi) e che siano fatti dei test genetici per vedere se le differenze a livello dei progressi conseguiti con il metodo «StepToStep» sono correlati con questa o quella caratteristica<sup>15</sup>. Se i risultati sono significativi, ciò permetterebbe di concludere che una certa percentuale di bambini che hanno tale caratteristica genetica è in grado di fare progressi con il metodo «StepToStep», a differenza dei bambini che non presentano questa caratteristica genetica.

Tuttavia, questo modo di considerare la diversità nell'autismo incontra dei limiti importanti: da un lato, alcuni ricercatori recentemente hanno potuto mettere in evidenza che tra persone di uno stesso sottogruppo non ci sono più legami genetici che tra due persone di sottogruppi differenti. Dall'altro, suddividere lo spettro dell'autismo in sottogruppi può avere effetti segregativi significativi.

## Un altro approccio alla complessità: la clinica del «soggetto»

All'Antenne 110 non sono le medie o le deviazioni standard messe in evidenza negli studi scientifici a determinare l'orientamento del lavoro con i bambini, in base alla loro ipotetica appartenenza a una categoria o sottocategoria specifica. Al contrario, il fatto che una persona non sia un'altra è considerato come un dato primario che la nozione di «soggetto» individua. Quando all'Antenne parliamo di «soggetto», non parliamo di un membro di un gruppo caratterizzato da punti in comune con gli altri membri del gruppo. Contrariamente a una prospettiva che mette l'accento su ciò che sarebbe comune ai diversi bambini («caratteristiche» neurologiche, comportamentali, culturali, ecc.), noi mettiamo l'accento sul fatto che un bambino è assolutamente diverso dagli altri. In effetti, la sua differenza, la sua particolarità e il suo stile non solo sono presi in considerazione da ciascuno degli operatori, ma serviranno ugualmente da bussola nel lavoro terapeutico, rieducativo e pedagogico con il bambino.

---

<sup>14</sup> Per esempio, un sottogruppo è costituito da individui con DSA che hanno in comune un certo livello di gravità dei sintomi, un certo livello di ritardo mentale, un certo tipo di ritardo del linguaggio, un certo disturbo associato all'autismo, ecc.

<sup>15</sup> Per esempio, i seguenti due gruppi di ricercatori rientrano in questa prospettiva di formare sottogruppi nella speranza di trovare strategie terapeutiche più specifiche: (1) Georgiades, S., Szatmari, P., & Boyle, M. (2013). *Importance of studying heterogeneity in autism*. *Neuropsychiatry*, 3(2), 123-125 ; (2) Jeste, S. S., & Geschwind, D. H. (2014). *Disentangling the heterogeneity of autism spectrum disorder through genetic findings*. *Nature Reviews. Neurology*, 10(2), 74-81.

## La singolarità come motore dell'accompagnamento

Lo zoccolo dell'approccio clinico dell'Antenne 110 è la presa in considerazione della singolarità di ciascun bambino e di ciascun operatore. Non solo la singolarità degli uni e degli altri è accolta come il marchio di uno stile personale, ma è anche il motore del lavoro con il bambino.

Come avremo l'occasione di ritornare nel presente documento, questo modo di considerare il lavoro con i bambini autistici è incompatibile con una programmazione e una standardizzazione degli obiettivi terapeutici, rieducativi e pedagogici. Come tale, la pratica clinica all'Antenne non è un metodo (dove ciascuno degli operatori applicherebbe una tecnica seguendo uno stesso manuale), ma rientra piuttosto in **un approccio clinico che differenzia ciascun accompagnamento seguendo la singolarità di ciascuno**.

Se possiamo quindi parlare di un approccio «individualizzato», bisogna fare attenzione a distinguere due forme di individualizzazione delle pratiche cliniche nell'autismo. La forma più comune consiste nel selezionare il metodo che avrebbe più probabilità di ottenere i migliori risultati sulla base di un'analisi delle «caratteristiche», specifiche del bambino. L'approccio clinico proposto all'Antenne non è «individualizzato» in questo senso. È un criterio etico che determina la presa in considerazione dell'individualità del bambino: questa non è strumentalizzata per mirare a un particolare risultato con un metodo particolare. Noi parliamo di una pratica «individualizzata» nel senso che le particolarità del bambino sono il marchio di un soggetto con cui dobbiamo imparare a dialogare.

Si tratta quindi di una rivoluzione a 180° rispetto al modo in cui viene più spesso considerato il lavoro istituzionale con i bambini autistici: contrariamente a certi tipi di prese in carico dove è il bambino che deve prima di tutto adattarsi alle esigenze degli operatori, all'Antenne il punto di partenza del lavoro è l'adattamento degli operatori alle difficoltà e alle risorse di ciascun bambino, allo scopo di costruire con lui un **partenariato**<sup>16</sup> che permetterà di aiutarlo a muoversi a livello di ciò che è difficile per lui, a livello del legame sociale e a livello dell'apprendimento.

## La pratica clinica all'Antenne 110: una «pratica à plusieurs»

La «pratica à plusieurs»<sup>17</sup> è una pratica clinica istituzionale sostenuta dall'etica della psicoanalisi. Essa consiste nell'impiego dei mezzi necessari affinché – per ogni bambino – possa essere costruita un'istituzione su misura, in partenariato<sup>18</sup> con gli operatori:

---

<sup>16</sup> All'Antenne noi parliamo di «partenariato» con il bambino perché sia in ciò che viene intrapreso con il bambino per permettergli di pacificarsi, sia in quello che viene intrapreso per aiutarlo a evolvere, cerchiamo dei modi di fare che hanno l'assenso del bambino.

<sup>17</sup> NdT: «In diversi», così possiamo tradurre la locuzione «à plusieurs». Per saperne di più: «*La pratique à plusieurs en institution*», numero 09-10 de la revue Préliminaire.

<sup>18</sup> I punti seguenti sono tratti dall'articolo «*La pratique à plusieurs*» pubblicato dal fondatore dell'Antenne, Antonio Di Ciaccia nel numero 61 di *La Cause freudienne* en 2005.

## La pluralità degli operatori

La dimensione relazionale che è al centro della «pratica à plusieurs» (ciò di cui la nozione di partenariato rende conto) necessita di essere «regolata». In effetti, una relazione privilegiata può essere tanto un motore di cambiamento quanto un freno. Come tale, la pratica à plusieurs comporta una certa «destituzione»<sup>19</sup>, vale a dire, **disfarsi della convinzione di essere l'unico partner** del bambino autistico, facendo ricorso a altri partner in un gioco di permutazioni regolato, calcolato e pieno di umorismo, mettendo così in moto una catena di interessi e di desideri.»<sup>20</sup>.

## La riunione clinica

La riunione clinica settimanale è un dispositivo in cui ciascun operatore rende conto del lavoro intrapreso quotidianamente con un determinato bambino. Tuttavia non è soltanto l'occasione per fare il punto sui progressi e le impasse dei bambini. Non si tratta di oggettivare il bambino con conoscenze specialistiche, ma piuttosto di cercare insieme ciò che è difficile per il bambino e condividere con il resto dell'équipe le piste trovate dal bambino stesso o dagli operatori per andare al di là di queste difficoltà. Inoltre «la riunione ha la funzione di separare ogni membro dell'équipe, ciascun partner del bambino, dalle conoscenze che crede di aver ottenuto su di lui» (*ibid.*, p.113).

## Il responsabile terapeutico

In alcune istituzioni il responsabile terapeutico è colui che si suppone sappia meglio di altri ciò che bisogna fare con i bambini. All'Antenne non è così: il responsabile terapeutico ha da una parte la funzione di garantire a ogni bambino e a ogni operatore che ci sia un posto per la sua singolarità (i suoi desideri, le sue competenze ecc.); dall'altra si assicura che l'obiettivo delle strategie terapeutiche, pedagogiche e rieducative costituisca sempre un benessere per il bambino. In altre parole, egli cerca di **coniugare la diversità delle tattiche individuali con l'unità di una strategia comune**.

## Il riferimento teorico-clinico

I concetti elaborati nel quadro della psicoanalisi sono degli strumenti che permettono di fare delle ipotesi su ciò che determina la difficoltà di ciascun bambino (dal punto di vista della particolarità del loro rapporto con il corpo, con il linguaggio e con gli altri. In più, l'etica della psicoanalisi (con la nozione centrale di «soggetto») ci invita a considerare che se le esigenze dell'ambiente del bambino (la famiglia, gli operatori nell'istituzione) devono essere capite e rispettate, il bambino stesso deve prima di tutto essere capito nel suo stile e nelle sue difficoltà.

---

<sup>19</sup> Kusnierek, M., in «La pratique à plusieurs en institution», numero 09-10 de la revue Préliminaire, p 15.

<sup>20</sup> Di Ciaccia, 2005, *idem*, p.113.



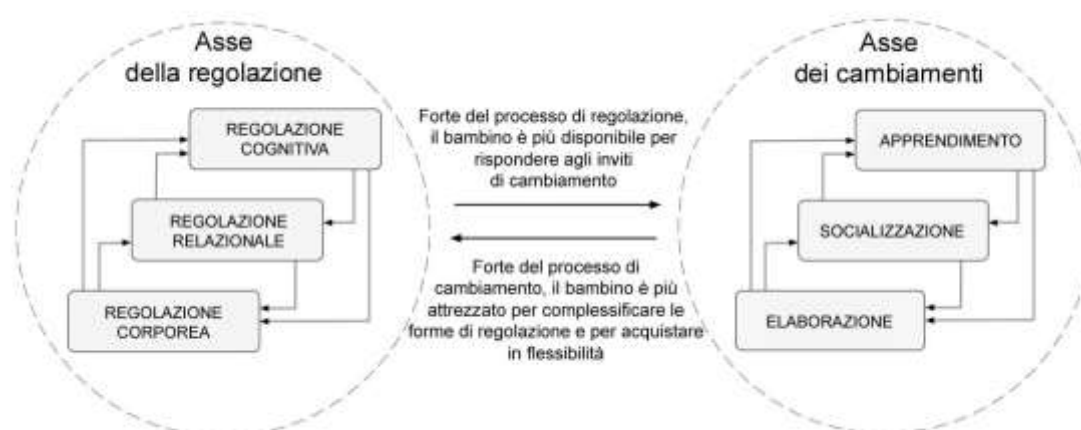
## Il partenariato con il bambino: il suo scopo e i suoi mezzi

Certe prese in carico mirano, in poche parole, a una serie di cambiamenti nel bambino (a livello dei comportamenti, della socializzazione, dell'apprendimento) seguendo un programma pre-stabilito dagli operatori. L'accompagnamento del bambino viene fatto in un altro modo all'Antenne: poiché qualsiasi cambiamento è definito dalla destabilizzazione di un equilibrio anteriore, è una priorità per noi **lavorare all'inizio con il bambino nella costruzione di una modalità di funzionamento più pacificata** che gli permetterà in un secondo momento di far fronte ai cambiamenti proposti.

L'accompagnamento mira dunque a sostenere il bambino, lungo tutta la presa in carico, a livello di due assi:

- L'asse della **regolazione**: come vedremo nel dettaglio nel seguente punto, tre perni contribuiscono a una pacificazione del bambino (regolazione corporea, regolazione relazionale, regolazione cognitiva).

- L'asse dei **cambiamenti**: come vedremo in seguito, tre perni partecipano a un'evoluzione nel bambino (elaborazione, socializzazione, apprendimento).



Se la relazione tra l'asse della regolazione e l'asse dei cambiamenti è *diacronica* (i perni della regolazione sono una condizione necessaria prima di intraprendere un lavoro sui perni del cambiamento), la relazione tra questi due assi è ugualmente *sincronica* (per esempio siamo attenti, durante una sessione di apprendimento, a far sì che il bambino possa ricorrere ai suoi modi di regolare il suo corpo o la presenza altrui).

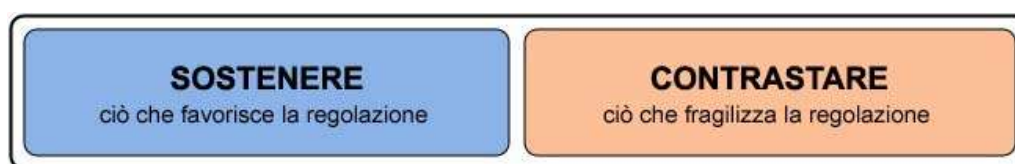
I due assi sono in una relazione di arricchimento reciproco: più il bambino si pacifica, più sarà disponibile per rispondere in modo costruttivo agli inviti di spostamenti (asse dei cambiamenti). E più il bambino renderà più complessi i suoi interessi (elaborazione), familiarizzerà con le regole sociali (socializzazione) e assimilerà nuove conoscenze e saper fare (apprendimento), più guadagnerà in flessibilità a livello delle sue capacità di autoregolazione e pacificazione. Sarà anche meglio equipaggiato per **elaborare nuovi modi per regolarsi, più compatibili con il legame sociale e l'apprendimento**. Ben inteso, questo circolo «virtuoso» è un'astrazione che la realtà clinica smentisce in parte, poiché gli ostacoli sono numerosi. È comunque un obiettivo.

## I tre perni della regolazione

Nella prospettiva in cui noi miriamo a una socializzazione e a un apprendimento consentiti dal bambino, è necessario che quest'ultimo sia sufficientemente pacificato da poter rispondere in modo costruttivo alle richieste che gli sono indirizzate. Tre perni indipendenti contribuiscono a un benessere e a una pacificazione del bambino: la regolazione corporea, la regolazione relazionale, la regolazione cognitiva.



Per ogni perno viene elaborata una doppia strategia, caso per caso: da una parte, accogliere e sostenere ciò che favorisce la regolazione; dall'altra, contrastare ciò che la disturba.



Percorriamo ora ogni perno dell'asse della regolazione, la doppia strategia messa in opera per ognuno dei perni, illuminando il percorso con delle brevi vignette cliniche.

### Regolazione corporea

I bambini che arrivano all'Antenne sono spesso molto perturbati nel loro rapporto con il corpo. Alcuni bambini presentano un eccesso di energia, un tripudio invadente che non riescono a controllare: c'è chi saltella in continuazione con risate fragorose, c'è l'altro che non smette di correre negli edifici urlando. Altri bambini invece riportano una mancanza di energia, di slancio, e potrebbero rimanere seduti per delle ore in silenzio su una sedia se non interveniamo. Altri bambini ancora, oscillano durante la giornata o durante una stessa attività tra un troppo pieno e una mancanza di slancio.

Tuttavia, conviene rilevare che i comportamenti che possono sembrare caotici o senza regole sono già talvolta un modo singolare per il bambino di comporre un equilibrio minimo e di poterlo fare con il suo corpo. All'Antenne noi non paragoniamo i comportamenti dei bambini l'uno con l'altro (dove alcuni farebbero meglio di altri per incanalare l'eccitazione corporea), ma cerchiamo di inquadrare caso per caso ciò che ogni bambino mette in gioco per regolare ciò che costituisce un problema a livello del suo corpo.

A tal fine ricorriamo a una doppia strategia:

## **Sostenere ciò che favorisce la regolazione corporea**

Stiamo attenti ad accogliere e sostenere lo stile del bambino nel suo rapporto con il corpo: il suo modo d'essere, di stare in piedi, di muoversi, di investire poco (ipostimolazione), molto (iperstimolazione), o in modo insolito il corpo o aree del corpo particolari.

Rémy<sup>21</sup> era in costante movimento. Durante la ricreazione continuava a girare da una stanza all'altra, con un ritmo corporeo molto cadenzato, seguendo percorsi particolari. In altri momenti era seduto a un tavolo per disegnare imperturbabilmente e a tutta velocità, su un foglio con una penna, linee e linee circolari. Altre volte ancora, realizzava delle sequenze sonore e gestuali complesse manipolando certi oggetti. L'ipotesi clinica che ha orientato i primi mesi di lavoro con Remy è stata che in questo bambino la necessità di movimento, per quanto frenetica potesse essere, non era disorganizzata, ma al contrario rispondeva a una certa logica: Remy partecipava a una «auto-organizzazione» dello spazio e del tempo nell'istituzione. Come se, incapace di adattarsi ai punti di riferimento spazio-temporali comuni, avesse costruito i propri punti di riferimento, che noi abbiamo in un primo momento rispettato: prima di mirare a un cambiamento, ci siamo curati di accogliere il suo modo d'essere tutto in movimento. Sebbene ciò implicasse che il bambino, all'inizio, fosse poco in relazione con noi, abbiamo organizzato le attività in funzione della sua particolarità, la necessità di essere in movimento. Per esempio abbiamo proposto un certo numero di attività sportive o all'aperto, più compatibili con il suo modo d'essere. Inoltre, piuttosto che obbligarlo a sedersi su una sedia in classe per seguire gli insegnamenti (cosa molto difficile per lui), gli abbiamo proposto il materiale che usava di solito da seduto (fogli, matite e pennarelli colorati, tamponi). Questo modo di procedere gli ha permesso di trovare il suo posto e quindi di famigliarizzare con il locale in cui aveva luogo l'apprendimento, nel rispetto della sua particolarità.

Malik oscillava costantemente fra due stati: o realizzava le sue azioni al rallentatore (quando si muoveva nell'istituto o durante le attività proposte), o poteva restare a volte immobile per diversi minuti; o era molto eccitato, saltellava e rideva ad alta voce, manipolando in modo stereotipato una locomotiva di plastica, o ancora quando guardava certi cartoni animati, o infine quando seguiva certi bambini nell'istituzione. Poteva passare da uno stato all'altro senza transizione. L'ipotesi clinica, elaborata in équipe durante le riunioni d'équipe, che ha orientato i primi mesi di lavoro con Malik, era che aveva bisogno di una sorta di «motore» esterno per essere animato. L'eccitazione molto forte, che sembrava disorganizzata, era un modo di essere in contatto con qualcosa o qualcuno che per lui contava. Essere in presenza di determinati oggetti, personaggi o bambini particolari era la condizione per poter essere in movimento. Piuttosto che impedirgli di essere in presenza di ciò che suscitava un'eccitazione fisica massiccia (e che limitava molto fortemente le possibilità di interazione e di

---

<sup>21</sup> Tutti i nomi usati nel documento sono alias.

apprendimento), abbiamo sostenuto inizialmente i modi particolari che Malik aveva trovato per potersi animare, proponendo attività incentrate su ciò che lo «mobilizzava» nella sua vita (per esempio le macchinine di plastica, i cartoni animati). Una volta che Malik è stato interessato e mobilizzato dalle nostre proposte di attività, abbiamo potuto proporgli in un secondo tempo delle attività pedagogiche adatte ai suoi centri di interesse.

## **Contrastare ciò che indebolisce la regolazione corporea**

Noi ci occupiamo anche di contrastare, sbarrare ciò che indebolisce il bambino a livello del corpo (lesioni corporali; esigenze pulsionali — cibo, autoaggressione, ecc.).

La tendenza all'autoregolazione del corpo può essere disturbata in due modi:

(1) un elemento *esterno* disturba lo sforzo del bambino di autoregolarsi. Prendiamo la situazione di un bambino che trova un mezzo di regolarsi manipolando un oggetto specifico. Se un altro bambino viene a strappargli questo oggetto dalle mani, ciò metterà in pericolo lo sforzo di autoregolazione. In questo caso faremo capire al bambino che lo sosteniamo in questa autoregolazione avendo cura di cercare l'oggetto perduto.

(2) un elemento *interno* disturba lo sforzo del bambino di autoregolarsi. In effetti, è una specificità della psicoanalisi di concepire che il soggetto possa essere attirato dal contrario di ciò che gli permetterebbe di andare verso un benessere. Nel bambino autistico ciò può portare a conseguenze importanti che devono essere prese in considerazione. Per esempio, se un bambino riesce a calmarsi procurandosi una sensazione al livello della mano (mordendosi) quando ci sono situazioni difficili, la reiterazione frequente dei morsi può ferire la pelle e far soffrire il bambino. O ancora, un bambino la cui unica attività che lo tranquillizzi sia mangiare, può essere in difficoltà se non riesce a fermarsi di mangiare.

Va notato che non è sempre facile distinguere un atto che mira a una regolazione corporea da un atto che disturba questa autoregolazione, poiché il confine tra i due non è sempre chiaro. È quindi necessario cercare i modi per far fronte a ciò che va nella direzione opposta a un benessere del bambino, indipendentemente dal fatto che l'elemento di disturbo sia esterno o interno.

Steve esegue dei percorsi ripetitivi che hanno sempre la stessa forma: cerca di mettersi in alto (per esempio in piedi su un tavolo o un muro) e salta, poi ricomincia. Questa attività ripetuta molte volte durante la giornata in luoghi diversi ha una funzione importante per lui, perché non appena gli viene impedita, grida, piange e vi ritorna. Tuttavia è anche pericolosa, perché può ferirsi cadendo, cosa che non lo ferma. Il nostro lavoro consiste dunque nel sostenere l'importanza di queste esplorazioni nello spazio, garantendo la sua integrità corporea. Per esempio, se un operatore gli indica che questa attività è troppo pericolosa e mette una palla sul tavolo, Steve sarà molto interessato a riprodurre lo stesso circuito con la palla piuttosto che con il suo corpo: la lancia osservando attentamente la traiettoria durante la caduta e i suoi rimbalzi. Nella stanza della psicomotricità, un altro operatore costruirà un percorso concepito apposta per lui, incoraggiandolo a percorrerlo e indicandogli che questo è meno pericoloso per lui.

Durante i pasti, Maxime è attratto dal cibo a tal punto che non può resistere a immergere le mani nei piatti dei suoi vicini e cercare di servirsi fino a che i piatti non sono vuoti. Un modo per alleviargli questa necessità impellente è proporgli

di mangiare un po' in disparte, in uno spazio delimitato, badando che i tegami non siano più visibili. Queste attenzioni da parte nostra sono state un passaggio necessario che gli ha permesso di essere un po' più sereno durante i pasti.

## **Regolazione relazionale**

La regolazione relazionale è il secondo perno che partecipa alla pacificazione del bambino, condizione, ricordiamolo, per una socializzazione e un apprendimento consentiti. Lavorare a questa regolazione implica assicurarsi che il bambino possa trovare con gli altri la giusta distanza che va bene per lui. Quando i bambini arrivano all'Antenne questo si verifica raramente. Alcuni rifiutano molto attivamente di essere in presenza d'altri (per esempio interagendo in modo aggressivo), mentre altri sembrano indifferenti alla cosa. Altri ancora sono affascinati dagli altri (bambini o operatori) senza ritengo o distanza. Infine, alcuni oscillano sia a seconda dei momenti della giornata sia secondo le persone, tra l'indifferenza e una vicinanza molto forte agli altri.

Viene elaborata una doppia strategia, caso per caso:

### **Sostenere ciò che favorisce la regolazione relazionale**

È importante accogliere e sostenere lo stile del bambino nel suo rapporto con gli altri (le sue scelte e le sue iniziative, il suo stile comunicativo, i suoi interlocutori preferenziali, i suoi modi di rispondere — o di non rispondere — alla nostra richiesta).

Frédéric comunica molto poco verbalmente in maniera spontanea. Può rispondere sussurrando una parola quando gli si domanda qualcosa. Si serve più volentieri del linguaggio gestuale e scritto per comunicare con gli altri. Nelle nostre interazioni con Frédéric prendiamo atto di questa sua difficoltà personale di «far uscire» la sua voce, e possiamo proporgli di scriverci quello che vuole dirci. In certe situazioni che lo mettono in difficoltà o che non gli vanno bene, può comunicarci la sua ansia o la sua collera battendo decisamente la mano sul tavolo o battendo il piede accompagnando il gesto con un grido. È il suo modo di esprimere la sua collera o la sua ansia, e noi lo rispettiamo, anche se qualche volta possiamo dirgli che può esprimere le sue emozioni in modo diverso.

Marianne si mostra indifferente agli operatori, ad eccezione di alcuni tirocinanti e giovani donne dell'équipe: reclama la loro presenza a tutti i costi, si mette contro di loro, li imita in continuazione. Se questo legame privilegiato può risultare problematico (per esempio quando si aggrappa fermamente a una persona pizzicandola), l'ipotesi clinica che ha orientato il lavoro con Marianne è che questo legame privilegiato costituisce comunque un appoggio prezioso per lei all'Antenne. Accogliendo e sostenendo, per quanto possibile, questo modo d'essere con l'altro, Marianne ha potuto trovare dei partner «su misura» con cui intraprendere un lavoro rieducativo (a livello di autonomia) e pedagogico (a livello del linguaggio orale).

### **Contrastare ciò che indebolisce la regolazione relazionale**

Siamo vigili a contrastare ciò che indebolisce il bambino a livello relazionale (i segni della presenza degli altri – voce, sguardo, domanda, aggressività / contatto).

Oscar è molto in difficoltà con ogni domanda che gli è indirizzata dagli operatori. Per esempio, invitarlo ad andare in bagno al mattino per lavarsi i denti, suscita dei passaggi all'atto molto importanti. L'ipotesi clinica che ha orientato il lavoro con Oscar è che la difficoltà sia legata al fatto che gli operatori, quando si rivolgono a Oscar, lo guardano ed emettono la voce. Prestando attenzione a questa particolare difficoltà, e facendo attenzione a non confrontarlo con essa (per esempio canticchiando quando gli domandiamo qualcosa), Oscar ha potuto trovare in noi i partner di una relazione pacificata, che gli ha permesso di partecipare, senza essere troppo ansioso, alle attività scolastiche nell'istituzione.

Larry si arrabbia molto quando gli chiediamo qualcosa. Per esempio, quando la ricreazione in giardino è finita e noi gli chiediamo di rientrare nell'edificio, può lanciare gli oggetti a sua disposizione, urlare e gettarsi per terra, scappare correndo. Possiamo osservare per contro che Larry accetta meglio le nostre richieste quando non sono indirizzate a lui in persona, ma sono formulate in maniera collettiva. Accogliendo questa difficoltà e avendo cura, quando possibile, di formulare le richieste in modo da essere sentito da tutti, senza rivolgersi a nessuno in particolare («Dai, bambini, la ricreazione è finita, si rientra!»), Larry può ascoltarli più facilmente e cessare di prendere il contrario della nostra parola.

## **Regolazione cognitiva**

La regolazione cognitiva è il terzo perno che partecipa a una pacificazione del bambino. Questa regolazione è l'effetto della costruzione di punti di riferimento singolari a livello dell'ambiente del bambino e a livello delle attività e degli interessi privilegiati dal bambino. Al loro arrivo all'Antenne certi bambini sembrano persi nello spazio e nel tempo propri dell'istituzione, spaventandosi per esempio appena una porta si apre. Altri bambini al contrario arrivano all'Antenne con degli interessi privilegiati che sembrano non lasciare posto a nient'altro, cosa che suscita delle difficoltà (ansia parossistica, aggressività, auto-aggressività) quando non è possibile dedicarsi.

Una doppia strategia viene elaborata, caso per caso, riguardo a questo perno:

### **Sostenere ciò che favorisce la regolazione cognitiva**

Ci prendiamo cura di accogliere e sostenere lo stile del bambino a livello del suo rapporto con l'ambiente e con la conoscenza (l'esigenza di continuità/prevedibilità, i suoi interessi privilegiati).

Rémy ha sviluppato un particolare interesse per la ricerca in internet di immagini e video di diversi cantanti. Reclamata in numerosi momenti della giornata, questa attività consiste nel cercare delle immagini specifiche e imitare le posture e gli atteggiamenti dei cantanti selezionati. L'ipotesi clinica sviluppata in riunione di équipe, che sta alla base del lavoro con Rémy, è che questa attività è il modo preferito di Rémy di apprendere e applicare i codici relazionali e culturali della sua famiglia. In effetti, se ci si mostra interessati, dopo aver visto dei video può

venire da noi e farci fare le scene che ha visto prima. Questa affinità per questi cantanti è supportata all'Antenne durante i momenti interstiziali (per esempio certe ricreazioni) e durante alcuni atelier in cui Rémy ha il tempo libero per fare le sue ricerche accompagnato da un operatore. Ciò ha permesso a Rémy di chiedere (a causa dell'attenzione e della concentrazione necessarie per svolgere queste attività), di familiarizzarsi con un quadro prescolare (questo lavoro si realizza stando seduti), e con la scrittura (Rémy ha imparato ad associare i cantanti con la grafia che rappresenta il loro nome).

Emilio sembra aver costruito un sistema di relazioni fra dei colori, dei personaggi di cartoni animati e dei numeri. Rappresenta queste relazioni per iscritto. Per quanto queste relazioni sembrano piuttosto personali, esse possono costituire l'oggetto di una conversazione fra Emilio e un suo pari oppure un operatore. In altre parole, accogliere questa conoscenza costruita da Emilio gli permette di prendere un posto particolare in un laboratorio, di prendere la parola. Grazie all'apertura del logopedista a questa conoscenza privata costruita da Emilio, quest'ultimo ha potuto familiarizzarsi con la lettura sillabica.

## **Contrastare ciò che indebolisce la regolazione cognitiva**

Ci prendiamo anche cura di fare una barriera nei confronti di ciò che indebolisce il bambino a livello cognitivo (per esempio una rottura nella continuità / prevedibilità).

Durante diversi momenti delle sue giornate, Amori realizza delle attività nelle quali una traiettoria specifica viene realizzata all'interno di uno spazio particolare. Per esempio, Amori cammina nel giardino seguendo un percorso preciso all'interno del quale fa delle andate e ritorno. È anche molto interessato a rappresentare graficamente dei percorsi su un foglio. O ancora, a camminare virtualmente con il programma *Street View*. Tuttavia, ogni momento di passaggio fra due attività preferite lo mette molto in difficoltà: può allora mettersi a urlare, colpire gli altri o colpirsi da solo, lanciare tutti gli oggetti che sono nella stanza. L'ipotesi clinica elaborata in riunione è che questi momenti di transizione fra due attività sono dei momenti in cui lui non dispone più dei punti di riferimento spazio-temporali costruiti nel quadro delle sue attività preferite, e nemmeno della sicurezza di poter ritrovare questi punti in seguito. Noi abbiamo quindi messo in atto un sistema di «relè» che ha permesso ad Amori di tessere un filo fra due attività. Per esempio: prima di terminare un'attività, noi gli indichiamo con un'immagine oppure verbalmente il nome dell'attività seguente, il suo luogo e la persona con la quale si svolgerà.

## I tre perni del cambiamento

Il secondo asse del partenariato con ciascun bambino consiste nell'aiutarlo a muoversi a livello delle sue attività e interessi preferiti (elaborazioni), a livello del suo rapporto con gli altri e, più in generale, con le regole sociali (socializzazione) e a livello delle conoscenze (prescolastiche, scolastiche e saper fare).

Il nostro obiettivo è che questi cambiamenti siano consentiti dal bambino. Ciò implica prestare attenzione che il partenariato con il bambino sia istituito durante il lavoro preliminare (asse della regolazione).

Questi tre perni del cambiamento sono interdipendenti. In altre parole, l'elaborazione, la socializzazione e gli apprendimenti sono ciascuno la sede dei cambiamenti che si irradiano a livello degli altri due perni.

Questo modo di considerare il cambiamento ha un'implicazione molto importante a livello dell'organizzazione del lavoro all'Antenne: non è che da un lato ci sono gli psicologi (che lavorerebbero per il benessere del bambino), da un altro gli educatori (che lavorerebbero all'integrazione delle norme relazionali e sociali), e infine i logopedisti (che lavorerebbero sull'apprendimento pedagogico). Se ogni operatore dispone effettivamente di competenze professionali specifiche, ciò che lui o lei mette in atto a livello delle offerte di cambiamento con ciascun bambino va oltre lo stretto quadro della sua specializzazione.

Vediamo ora in dettaglio i tre perni del cambiamento.

### Elaborazione

I bambini autistici mettono molta energia nell'esecuzione di particolari manipolazioni (di un oggetto o di una parte del loro corpo), o nella partecipazione ad attività spesso ritualizzate, o ancora hanno degli interessi particolari su un argomento preciso. Come abbiamo visto sopra, queste manipolazioni, queste attività, queste preoccupazioni e interessi specifici supportano spesso il bambino **nell'elaborazione di un quadro rassicurante**. Questi comportamenti contribuiscono alla costruzione di punti di riferimento spazio-temporali, di un equilibrio corporeo, relazionale, cognitivo. Contribuiscono quindi alla costruzione dell'identità del bambino. Come tali, devono essere rispettati, accolti e supportati durante la presa in carico.

Tuttavia, se questi comportamenti sono funzionali nei termini di un obiettivo regolatore per il bambino, essi costituiscono spesso una soluzione molto problematica: essi partecipano all'isolamento del bambino (che svolge prevalentemente queste attività da solo); quando coinvolgono il corpo del bambino, suscitano spesso un'eccitazione corporea massiccia che il bambino non giunge (o giunge poco) a canalizzare; impediscono al bambino di interessarsi di qualcos'altro, e quindi di evolversi.

All'Antenne, l'accoglienza e il supporto di queste costruzioni del bambino sono quindi un preliminare a un lavoro di sviluppo, di complessificazione e di diversificazione che mira a rendere gli interessi del bambino più conciliabili con i legami sociali e l'apprendimento.





L'attività preferita di Romain era di strofinare i suoi indici (oppure oggetti di forma allungata che trovava) l'uno contro l'altro davanti a uno specchio. Questa attività era accompagnata da urla e gli procurava una enorme eccitazione. Inoltre era incessante e non poteva essere interrotta senza pianti da parte sua.

Piuttosto che applicare dei metodi volti a sopprimere questa attività, abbiamo cercato, di comune accordo con Romain, dei modi di fare più compatibili con il legame sociale e l'apprendimento. Per esempio, abbiamo sostenuto questa attività preferita dandogli una struttura, proponendogli degli atelier «Percussioni» durante i quali aveva l'opportunità di usare delle bacchette su dei tamburi, sempre guardandosi nello specchio. Parallelamente a questa attività «Percussioni», gli è stata proposta un'attività settimanale di «Batteria». Nel corso delle settimane le urla associate al movimento di frizione sono diminuite per lasciare il posto all'ascolto attento dei pezzi di musica ascoltati e all'osservazione del modo in cui l'insegnante di batteria, seduto di fronte a Romain con un'altra batteria, riproduceva il ritmo del pezzo ascoltato. La frizione divenne una passione per il ritmo, la batteria, i batteristi, i loro stili musicali. Ciò ha permesso a Romain di trovare una motivazione per partecipare a degli atelier in cui ha accettato di scambiare i suoi oggetti allungati e le sue urla per consultare, seduto a un tavolo, delle riviste di musica e familiarizzarsi con il computer per vedere gli assoli dei batteristi, da cui ha imparato i minimi dettagli per poi riprodurli durante i suoi corsi di batteria.

L'attività solitaria e giubilante davanti allo specchio ha gradualmente lasciato il posto a un'attività in cui altri avevano un posto (specialmente l'insegnante di batteria, gli altri bambini interessati alla batteria) e che era compatibile con un corso prescolare.

## Socializzazione

Un secondo perno del cambiamento è la socializzazione. Per socializzazione non intendiamo semplicemente lavorare in modo che il bambino si adatti meglio alle convenzioni sociali, anche qualora non vi trovasse alcun interesse o ragione. Per socializzazione intendiamo piuttosto il fatto di lavorare con il bambino per trovare una **motivazione interna** per partecipare attivamente a un legame sociale consentito in un modo che rispetti la particolarità di ciascuno.

La socializzazione, come perno del cambiamento, è elaborata tanto negli atelier quanto nei momenti quotidiani. Il lavoro di socializzazione concerne la familiarizzazione con le regole che riguardano il «vivere insieme» e l'apprendimento di strumenti di comunicazione che permettano di prendere un posto attivo in questo «vivere insieme».

Albert è arrivato all'Antenne avvicinando ripetutamente tutti gli operatori allo stesso modo, con una serie identica di domande rivolte a ciascuno di loro, a partire dai propri centri di interesse. A poco a poco, a partire dall'accoglienza fatta dagli operatori a questo modo particolare di entrare in relazione, si sono stabiliti dei legami preferenziali nei quali un posto ha potuto essere lasciato agli interessi di Albert, ma anche a ciò che gli operatori potevano insegnargli a livello delle interazioni sociali (aspettare il suo turno per parlare, limitare le domande ripetitive, rispettare la vita privata ecc).

Quando Larry arriva all'Antenne, all'ora di merenda si getta letteralmente sui pezzi di frutta che sono a tavola e ne prende in mano il più possibile prima di

mangiarli, senza attendere il suo turno e senza preoccuparsi di lasciarne per tutti gli altri bambini seduti di fianco a lui. Familiarizzando Larry con dei pittogrammi (piccole immagini plastificate) di frutta in un primo tempo, e familiarizzandolo con la lettura di parole che rappresentano la frutta a tavola, Larry ha imparato a chiedere un pezzo di frutta indicando l'immagine o la parola che lo rappresenta e che lui desidera mangiare a merenda. Grazie a questa piccola deviazione determinata dall'indicazione della parola e della richiesta che implica, possiamo indicare più facilmente a Larry che abbiamo capito bene che lui ha chiesto un pezzo del tale frutto e che lo riceverà non appena gli altri bambini seduti a tavola ne avranno ugualmente ricevuto.

## Apprendimento

Un terzo perno del cambiamento è costituito dall'apprendimento. Per apprendimento, intendiamo la sfera del sapere prescolare (prerequisito) e scolare, così come la sfera del saper fare (le conoscenze pratiche, che contribuiscono all'emancipazione del bambino).

L'apprendimento, come è realizzato ogni giorno all'Antenne, è **adattato alle difficoltà specifiche di ciascun bambino**. Sia gli obiettivi che i mezzi per raggiungere questi obiettivi sono individualizzati ed elaborati in funzione delle difficoltà e delle risorse specifiche di ciascun bambino.

All'Antenne ogni bambino ha ogni giorno **un gran numero di occasioni di apprendimento**, e questo in **una pluralità di contesti di apprendimento**. Questa pluralità di contesti, descritta qui di seguito, permette (1) di adattarsi nel miglior modo possibile alle difficoltà e alle risorse di ciascun bambino; (2) di far evolvere i contesti di apprendimento in funzione dei progressi realizzati dal bambino; (3) di mirare, grazie a una coordinazione realizzata in riunione d'équipe, a mantenere e generalizzare l'acquisito.

I diversi tipi di contesto d'apprendimento, in realtà, sono costituiti da una particolare combinazione dei seguenti aspetti:

- |    |   |             |     |                            |
|----|---|-------------|-----|----------------------------|
| a. | Occasione   | unica       | vs. | ricorrente                 |
| b. | Occasione   | spontanea   | vs. | programmata                |
| c. | Occasione per iniziativa                              | del bambino | vs. | per iniziativa dell'adulto |
| d. | Apprendimento rivolto in modo periferico vs. centrale |             |     |                            |

Questi differenti aspetti ci permettono di intravedere che i contesti d'apprendimento all'Antenne si trovano tra due poli: dal meno formalizzato e unico — come nei momenti interstiziali o nei momenti di cura ecc. — al più formalizzato e programmato — come negli atelier pedagogici ai quali partecipano quotidianamente i bambini.

### Descriviamo in dettaglio i differenti contesti d'apprendimento:

Il primo contesto di apprendimento consiste in un'occasione unica e spontanea per iniziativa del bambino, dove l'apprendimento è compreso in maniera periferica e in una prospettiva spontaneista.

Durante una pausa, una operatrice osserva che Maxime, un bambino autistico che non fa uso del linguaggio verbale, guarda con molta attenzione i pittogrammi agganciati a un pannello nella sala da pranzo. Lei si avvicina a Maxime che le

prende la mano per indicare la grafia delle parole scritte alla base di ciascun pitogramma (per esempio: granatina, kiwi, mela). L'operatrice nomina ciascuna delle parole indicate. Maxime approfitta quindi di questo momento privilegiato per familiarizzarsi con l'associazione fra l'immagine di certi alimenti, il loro nome scritto e il loro nome pronunciato.

Il secondo contesto di apprendimento consiste in un'occasione unica e programmata per iniziativa del bambino, dove l'apprendimento è compreso in maniera periferica e in una prospettiva spontaneista.

Un lunedì mattina, sulle porte della sala da pranzo, viene affisso il volantino di un gioco/concorso organizzato all'Antenne il pomeriggio dello stesso giorno. Le istruzioni (messe per iscritto e accompagnate da un disegno) sono le seguenti: «*Trova il cucchiaino più piccolo del Centro e vincerai un grande regalo!*». Questo gioco è un'opportunità unica per molti bambini di lavorare divertendosi alla distinzione fra «più piccolo» e «più grande».

Il terzo contesto di apprendimento consiste in un'occasione ricorrente e programmata per iniziativa del bambino, dove l'apprendimento è compreso in maniera periferica e in una prospettiva spontaneista.

Remy partecipa a un'attività informatica settimanale durante la quale ha la possibilità di fare uso di un browser internet per fare delle ricerche su un tema che lo interessa. Questa attività è un'occasione ludica per Remy per familiarizzarsi con la sfera del linguaggio scritto associato ai temi che gli piacciono.

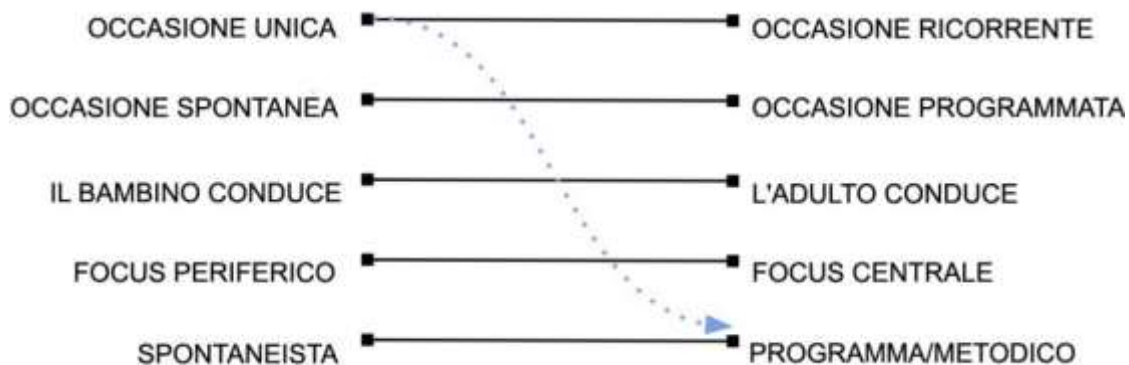
Il quarto contesto di apprendimento consiste in un'occasione ricorrente e programmata per iniziativa dell'adulto, dove l'apprendimento è compreso in maniera centrale e in una prospettiva spontaneista.

Emilio è interessato esclusivamente a disegnare personaggi di videogiochi associandoli a nomi e colori specifici. Per ciò che concerne la lettura, il bambino può leggere una serie di parole in un modo globale. Durante i laboratori pedagogici, la logopedista ha preso l'iniziativa di proporre a Emilio di associare i colori alle sillabe del suo nome. Ciò ha favorito l'apprendimento della lettura sillabica: Emilio si ritrova in queste sillabe «colorate» apprese per cercarle in seguito e ritrovarle in parole nuove. In altri termini, l'aver tenuto conto, e poi l'aver utilizzato l'interesse particolare di Emilio per le associazioni colori/parole, ha permesso di introdurre il bambino alla lettura sillabica.

Il quinto contesto di apprendimento consiste in un'occasione ricorrente e programmata per iniziativa dell'adulto, dove l'apprendimento è compreso in maniera centrale e in una prospettiva metodica.

Frédéric è iscritto a diversi atelier pedagogici in cui la lettura sillabica viene elaborata attraverso metodi di insegnamento utilizzati nell'istruzione ordinaria, che implicano un corso determinato e delle sequenze ripetitive d'apprendimento.

Infine, in vista di un'integrazione (o reintegrazione) scolastica del bambino dopo che avrà lasciato l'Antenne, ci prendiamo cura, nel corso della presa in carico, di adattare i contesti di apprendimento in funzione dei progressi del bambino, sempre restando attenti a mantenere per tutta la durata della presa in carico una varietà di contesti.



## Le modalità della partnership con il bambino

Come abbiamo esposto qui sopra, ogni bambino ha un rapporto con il *corpo* che è particolare, un rapporto con *l'altro* che è particolare, un rapporto con il *sapere* che è particolare, e un rapporto con *l'ambiente* che è particolare. Ciascuno di questi aspetti della vita del bambino è quindi associato a difficoltà e risorse specifiche. Ciò richiede che le modalità del partenariato con ciascun bambino siano altamente individualizzate. Tanto più che ogni bambino, quando arriva all'Antenne, è pronto a evolversi per certi aspetti ma non per altri, o ancora, è pronto a evolversi per tali aspetti ma non in un modo qualsiasi.

È quindi necessario mobilitare le risorse istituzionali in modo sufficientemente flessibile per permettere di focalizzarsi in modo prioritario sulle particolarità presentate da ciascun bambino e di offrire loro il supporto più adatto.

Concretamente all'Antenne ogni bambino ha un programma unico, composto da momenti *in atelier* e da momenti *fuori atelier*.

### Il lavoro in atelier

Quello che noi chiamiamo «un atelier» consiste in una sessione di attività che dura un'ora e mezza, animata da uno o due operatori, alla quale diversi bambini, che sono sempre gli stessi, partecipano regolarmente su base settimanale.

A partire da una riflessione periodica realizzata dall'insieme degli operatori in collaborazione con i genitori, si propone a ciascun bambino di partecipare a 15 atelier settimanali (suddivisi in cinque giorni).

In certi centri di rieducazione psicosociale i membri del personale sono assegnati ad attività in modo impersonale dai loro superiori. All'Antenne non si fa così: l'allestimento e l'animazione degli atelier da parte degli operatori sono realizzati a partire da un incontro tra due elementi eterogenei: (1) da una parte un interesse e una competenza particolari da parte dell'operatore e (2) dall'altra delle difficoltà e/o delle risorse specifiche da parte del bambino.

Gli obiettivi di ciascun atelier sono esplicitamente discussi da ciascun operatore in rapporto al doppio asse del partenariato con ciascun bambino (asse della regolazione, asse dei cambiamenti). Ogni operatore è anche vigile nel mantenere una flessibilità nelle offerte che propone, cosa che permette di adattare gli obiettivi in funzione delle difficoltà e delle risorse che appaiono durante l'atelier. Una particolarità dell'approccio clinico dell'Antenne è in effetti quello di mantenere, nel quadro di ciascun atelier, un'apertura nei confronti di ciò che il bambino porta e pone.

Se ogni atelier proposto si impegna a sostenere il bambino a livello delle modalità di regolazione (corporea, relazionale, cognitiva) tanto quanto a livello dei cambiamenti (elaborazione, socializzazione, apprendimento), certi atelier, per via del loro particolare progetto, sono più orientati verso un asse oppure un altro. Per esempio, gli atelier «Psicomotricità», «Nuoto» e «Equitazione» consistono, ognuno a partire da un quadro e da un materiale specifico, nel sostenere il bambino nella ricerca di una pacificazione a livello del suo corpo, degli altri e dell'ambiente. Altri atelier, per esempio gli atelier «Pittura», «Bici», «Informatica» e «Classe» sono piuttosto concentrati sull'asse dei cambiamenti: l'elaborazione per l'atelier «Pittura», la socializzazione per l'atelier «Bici» e l'apprendimento per gli atelier «Informatica» e «Classe».

## **Il lavoro fuori atelier**

All'Antenne consideriamo che ogni momento, qualunque esso sia (pasto, cura, ora di andare a letto, ricreazione ecc.), sia un'occasione di lavoro con il bambino. In effetti i momenti del quotidiano sono disseminati di difficoltà e di nuove scoperte che si tratta di sostenere giorno dopo giorno. Ai pasti, per esempio, qualcuno non accetterà che cibo bianco, un altro non potrà fare a meno di gettarsi sul piatto degli altri, e un altro ancora non vorrà neppure sedersi a tavola. Questi momenti non rivestono quindi importanza minore, al contrario, e richiedono tanta attenzione, vigilanza, energia e inventiva quanta ne richiedono gli atelier.

In più, i momenti del quotidiano sono delle occasioni d'oro per favorire l'autonomia del bambino. Ciò riguarda altrettanto imparare a lavarsi, a vestirsi ecc. La residenzialità ci permette di moltiplicare le occasioni di lavoro e di focalizzarci di più sulla vita quotidiana al fine di lavorare su ciò che è problematico in modo contestuale e che abbia senso per il bambino.

## **Quando i progressi non si presentano all'appuntamento**

Il fatto di impegnarsi, giorno dopo giorno, a fare offerte varie e coordinate al bambino a livello dei due assi del partenariato lo aiuta molto spesso ad avanzare in relazione ai problemi che presenta. Tuttavia, malgrado questo tipo di accompagnamento «su misura» che noi proponiamo, può accadere che a un certo punto della presa in carico il bambino non sembri progredire o progredisca poco su certi punti. In certi centri di rieducazione questa «panne» a livello del lavoro porta a un irrigidimento delle pratiche proposte al bambino (pratiche più direttive e persino più coercitive). All'Antenne rifiutiamo questo modo di procedere.

Per noi questa «panne» deve essere innanzitutto un'occasione per «mobilitarci» e interrogarci su che cosa proponiamo al bambino che non sembra sostenerlo, e su ciò che si deve sviluppare — persino ripensare — a livello degli atelier e degli altri momenti del quotidiano. Conviene quindi concretamente moltiplicare quanto necessario le riunioni con l'équipe e con i genitori per riflettere insieme a nuove piste di lavoro. In più, una «panne» ci incoraggia a essere più rigorosi a livello delle nostre osservazioni cliniche (riportate in seguito in riunione d'équipe): in effetti, dei «dettagli» rimasti talvolta inosservati (un piccolo oggetto manipolato dal bambino in certi contesti, un modo discreto di manifestare che sta per arrivare una crisi ecc.) possono mostrarsi della più grande importanza a livello dell'accompagnamento (riguardando tanto l'asse della regolazione quanto quello del cambiamento).

## **Sezione II: Analisi delle convergenze e delle divergenze tra la pratica clinica all'Antenne e le altre prese in carico più spesso citate in materia di autismo**

## Introduzione

In questa sezione vengono prese in considerazione due grandi categorie di presa in carico psicosociale: le pratiche di intervento globale e le pratiche di intervento mirato (vedi la definizione in seguito).

Sono state selezionate nel presente documento le pratiche di intervento mirato e globale che si trovano più spesso citate nella letteratura specializzata e nei rapporti di «buone pratiche».

Preciseremo nel modo seguente come si posiziona la pratica clinica all'Antenne in rapporto a ciascun'altra pratica di intervento selezionata:

### **Convergenza maggiore**

«Convergenza maggiore» significa che la pratica di intervento in questione è parte integrante delle modalità di intervento realizzate all'Antenne.

### **Convergenza parziale**

«Convergenza parziale» significa che la pratica di intervento è simile a una modalità di intervento realizzata all'Antenne, ma con delle differenze significative.

### **Divergenza**

«Divergenza» significa che la pratica di intervento non fa parte delle modalità di intervento realizzate all'Antenne.

Le ragioni che hanno motivato la scelta (convergenza — maggiore o parziale —, divergenza) sono spiegate qui sotto dopo una breve presentazione di ciascuna pratica di intervento.



## Le convergenze e le divergenze in un colpo d'occhio

		CONVERGENZA		DIVERGENZA
		MAGGIORE	PARZIALE	
		PRATICHE DI INTERVENTO GLOBALE		
		SCERTS	TEACCH ESDM FLOOR-TIME	Metodo Lovaas ABA-VB SON-RISE (& le 3i)
		PRATICHE DI INTERVENTO MIRATO		
conoscenza e saper fare		Insegnamento incidente Ambiente di insegnamento migliorato Training alle risposte cardine Strumenti informatici	Rafforzamento positivo Orientamento Sfumatura temporale Modellizzazione in vivo Modellizzazione video Analisi dell'attività	Rafforzamento mirato Insegnamento mediante test distinti e multipli Interventi eseguiti da un genitore
socializzazione e comunicazione			PECS Gruppi di gioco strutturati Interventi mediati da un pari	Storie sociali
comportamenti «problematici»	Interventi reattivi		Estinzione Rafforzamento differenziale	Interruzione reindirizzamento
	Interventi proattivi	Valutazione funzionale del comportamento Variazione dell'orario, delle attività, del materiale Incorporazione della scelta del bambino nelle attività, nel materiale, nell'orario Annuncio delle prossime attività Accesso a del materiale sensoriale Supporto visivo Esercizi Scripts		

## Pratiche di intervento globale

Le pratiche di intervento globale sono molto strutturate a livello concettuale: se le pratiche di intervento mirate sono spesso descritte come delle tecniche, le pratiche di intervento globale vengono piuttosto descritte come dei modelli all'interno dei quali vengono utilizzate particolari tecniche. Ogni modello si riferisce a un approccio teorico specifico (per esempio il comportamentismo, la psicologia dello sviluppo ecc.)

Abbiamo selezionato le pratiche di intervento globale che vengono più spesso citate nella letteratura scientifica e nei recenti rapporti di valutazione delle pratiche: le pratiche di intervento comportamentale, le pratiche dello sviluppo e le pratiche miste.

Sono state selezionate le seguenti pratiche di intervento globale:

→	Metodo	LOVAAS
→		ABA-VB
→		TEACCH
→		SCERTS
→		ESDM
→		FLOOR-TIME
→	SON-RISE (e le «3i»)	

## METODO LOVAAS

Divergenza

### Presentazione

Il metodo Lovaas è una pratica di intervento globale comportamentale. In quanto tale, si riferisce esclusivamente all'analisi applicata del comportamento (o «ABA»<sup>22</sup>) per prendere in carico il bambino con DSA.

Si tratta della pratica di intervento globale più antica. Molto diffusa negli anni '80 e '90 (in particolare negli Stati Uniti), viene ora usata sempre meno per fare posto a metodi più rispettosi dei diritti del bambino con DSA<sup>23</sup>.

Questo metodo ha la sua origine negli esperimenti di B. Skinner<sup>24</sup> sull'apprendimento per condizionamento come si osserva nei roditori e nei piccioni. Queste esperienze, poi trasposte nei bambini con DSA negli anni '60, sostengono che l'apprendimento è accelerato dall'uso sistematico e intensivo di ricompense in caso di riuscita di un'attività e/o di punizioni in caso di fallimento.

Questo metodo consiste principalmente in un'applicazione di condizionamento operante che ha le seguenti caratteristiche:

- è intensivo (Lovaas raccomanda in media 40 ore per settimana per più anni);
- è sistematico (uso del metodo di apprendimento mediante test distinti e multipli);
- è individuale (un operatore per bambino);
- viene eseguito in un ambiente predeterminato e isolato.

Questo metodo ricorre a un insieme di tecniche comportamentali (rafforzamento positivo e negativo, punizioni, orientamento, sfumatura, modellazione, re-indirizzamento) nella doppia prospettiva di:

- cercare di diminuire i comportamenti giudicati non desiderabili (spesso qualificati come «comportamenti problema»);
- cercare di aumentare i comportamenti giudicati desiderabili a livello comportamentale (essere obbedienti), a livello sociale (rispondere in modo atteso alle sollecitazioni sociali), e a livello dell'apprendimento (programma standardizzato).

A titolo di esempio, citiamo la volontà di insegnare a un bambino a non eseguire più un movimento ripetitivo della mano (soppressione di un comportamento giudicato non desiderabile). Questo apprendimento sarà l'oggetto di sedute di condizionamento specifiche. Il bambino deve prima sedersi al tavolo di fronte all'operatore. Non appena il bambino esegue il movimento non desiderato della mano, l'operatore dà il seguente ordine: «Metti le mani sul tavolo». Se il bambino non risponde in modo conforme nei secondi che seguono, l'operatore (oppure un collega posizionato dietro di lui), mantiene eventualmente di forza le mani del bambino sul tavolo (tecnica di orientamento) fino a che il bambino «accetta» di lasciarle in quella posizione. L'operatore gli dà allora immediatamente una caramella (tecnica di rafforzamento). La sequenza «Ordine dell'operatore -> Risposta del bambino -> Conseguenza (ricompensa)» è ripetuta in modo identico fino a quando il bambino non si conforma alle aspettative dell'operatore.

<sup>22</sup> «Applied Behavior Analysis» o «ABA» nella letteratura anglosassone.

<sup>23</sup> Alcuni partigiani del metodo Lovaas (seguiti dai media) chiamano spesso il loro metodo «metodo ABA». Ciò è esatto, a condizione di precisare che il metodo Lovaas è uno dei numerosi metodi che trovano la loro origine nell'analisi applicata del comportamento (ABA). Infatti, se il campo dell'ABA era inizialmente ristretto a metodi reattivi e direttivi, attualmente ricopre invece un campo di intervento estremamente vario. Per esempio l'apprendimento naturalista o il supporto al comportamento positivo (citato nel presente documento) si riferiscono ugualmente esclusivamente all'ABA offrendo un'alternativa a certi aspetti problematici del metodo Lovaas.

<sup>24</sup> Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York, Appleton-Century-Crofts.

Citiamo un altro esempio in cui si tratta di insegnare a un bambino a guardare il suo interlocutore negli occhi (apprendimento di un comportamento giudicato desiderabile). Il bambino deve prima sedersi al tavolo di fronte all'operatore. Quest'ultimo gli dice quindi «*Guardami*». Se il bambino non risponde in modo conforme nei secondi che seguono, l'operatore (oppure un collega posizionato dietro il bambino), obbliga il bambino a girare la testa (tecnica di orientamento) e gli dà immediatamente una caramella quando i loro sguardi si incrociano (tecnica di rafforzamento). Questa sequenza è ripetuta in modo identico fino a quando il bambino reagisce conformemente alle aspettative dell'operatore.

Numerosi ricercatori provenienti dall'Analisi applicate del comportamento (per esempio R. Koegel, L. Schreibman, S. Rogers, L. Vismara<sup>25</sup>) e ricercatori provenienti da altri orientamenti (per esempio M. Gernsbacher, L. Mottron, B. Prizant<sup>26</sup>) sono molto riluttanti all'utilizzo di questo metodo con i bambini per le seguenti ragioni:

- A livello di progressi realizzati, le acquisizioni non vengono mantenute (o si mantengono poco) e non si generalizzano (o poco), perché l'apprendimento è fatto per mezzo di tecniche di condizionamento rigide. Non tengono conto degli interessi del bambino né della sua motivazione, cose che favoriscono l'apprendimento automatico del tipo «a memoria».
- A livello relazionale questo metodo presenta diversi inconvenienti: induce relazioni sociali artificiali (basate sull'aspettativa delle ricompense); suggerisce relazioni unidirezionali (l'adulto domanda e il bambino risponde); non mette l'accento sul piacere di essere insieme, perché gli scambi con gli altri non sono affrontati come tali in maniera ludica e gratificante.
- A livello etico questo metodo è particolarmente problematico, perché mira a normalizzare il comportamento del bambino senza preoccuparsi del consenso o dell'approvazione di quest'ultimo. In effetti, questo metodo cerca di fare assomigliare il bambino con DSA ai bambini che hanno uno sviluppo tipico, senza preoccuparsi di sapere se certi aspetti del funzionamento del bambino hanno un'importanza per lui e debbano essere preservati.

---

<sup>25</sup> Koegel, R. L., O'Dell, M. C., e Koegel, L. K. (1987). *A natural language teaching paradigm for nonverbal autistic children*. *J Autism Dev Disord*, 17(2), 187-200; Schreibman, L. E. (2005). *The science and fiction of autism*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; Vismara, L. A., & Rogers, S. J. (2010). *Behavioral treatments in autism spectrum disorder: What do we know?* *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 447-68.

<sup>26</sup> Gernsbacher, M. A. (2006). *Toward a behavior of reciprocity*. *Journal of Developmental Processes*, 1, 139-152; Mottron, L., & Dawson, M. (2013). *The autistic spectrum*. *Handbook of Clinical Neurology*, 111, 263-71; Prizant, B. M., & Wetherby, A. M. (1998). *Understanding the continuum of discrete-trial traditional behavioral to social-pragmatic developmental approaches in communication enhancement for young children with autism/PDD*. *Seminars in Speech and Language*, 19(4), 329-52.

## All'Antenne

Prendendo in considerazione tutti i punti precedenti, la pratica clinica all'Antenne 110 differisce fundamentalmente dal metodo Lovaas:

- A livello di apprendimento ci appoggiamo sugli interessi del bambino al fine di suscitare un **piacere di apprendere**, cosa che inoltre favorirà il mantenimento di ciò che si è acquisito. A questo fine proponiamo una varietà di contesti di apprendimento per favorire la generalizzazione di ciò che si è acquisito;
- A livello relazionale, non strumentalizziamo le relazioni (con premi e punizioni). Lavoriamo invece per **costruire dei legami reciproci** nei quali il piacere e il gioco hanno un'importanza fondamentale.
- A livello etico, rispettiamo il bambino così com'è, con i suoi punti di forza e di debolezza. Non cerchiamo di farlo assomigliare a qualcuno che non è o che sarebbe «meglio» che fosse (ossia il bambino «normale»). Lo consideriamo come un soggetto singolare che prende parte — a modo suo — alle decisioni che lo riguardano. Ciò implica ottenere il suo consenso riguardo alle strategie terapeutiche, pedagogiche e rieducative che gli vengono proposte.

### Ulteriori informazioni su questa pratica

Lovaas, O. I. (2003). Teaching individuals with developmental delays (p. 429). Austin, Texas: Pro-Ed.

## ABA-VB

*Divergenza*

### Presentazione

Il metodo ABA-VB<sup>27</sup> o ABA-Verbal è una pratica di intervento globale comportamentale alternativa al metodo «Lovaas». Le caratteristiche di questo metodo sono le seguenti:

- L'ABA-VB si riferisce esclusivamente all'Analisi applicata del comportamento (ABA) per occuparsi del bambino con DSA.

- Il metodo ABA-VB pone l'attenzione in particolare sull'apprendimento del linguaggio o della comunicazione in generale, facendo riferimento esclusivamente alla teoria del «comportamento verbale» di B.Skinner<sup>28</sup>.

- La priorità del programma VB è che il bambino acquisisca la propensione a fare domande. Riguardo a ciò, il metodo ABA-VB utilizza esclusivamente la tecnica del rinforzo positivo: ad esempio l'operatore ripete (o scrive) più volte la parola «dolce», avvicinando poco alla volta il dolce al bambino. Il bambino capirà che quando dice «dolce», effettivamente ne riceverà uno.

- Il metodo ABA-VB utilizza in modo intensivo la tecnica di apprendimento attraverso prove distinte e multiple. Il suo utilizzo a volte può essere più lieve del metodo ABA, nella misura in cui il lavoro non deve per forza svolgersi in un contesto predeterminato e isolato, ma può anche collocarsi in un ambiente più «naturale» (ad esempio a casa o al ristorante).

### All'Antenne

La pratica clinica all'Antenne diverge molto fortemente dall'ABA-VB per diverse ragioni:

- L'ABA-VB, come il metodo Lovaas, non prende in considerazione la sfera relazionale che è necessaria in ogni presa in carico del bambino autistico. In effetti, nel metodo ABA-VB, l'operatore è esclusivamente considerato come un «dispensatore di cose buone» (Barbera, 2007), e non come un partner sociale a tutti gli effetti.

- All'Antenne consideriamo che l'apprendimento del linguaggio e della comunicazione non deve essere ridotto ad apprendimenti espliciti. In effetti, gli apprendimenti impliciti partecipano ugualmente e in modo attivo all'apprendimento del linguaggio e della comunicazione. Questi apprendimenti impliciti sono spesso associati a delle isole di competenza sviluppate dal bambino attorno a dei centri di interesse che gli sono propri. All'Antenne sosteniamo lo sviluppo di questi centri di interesse nei quali il linguaggio è implicato in diverse forme, in particolare a livello di un interesse specifico (ad esempio un personaggio dei cartoni animati) o a livello di interazioni sociali che questo centro di interesse può suscitare.

<sup>27</sup>«Comportamento verbale» nella letteratura anglo-sassone.

<sup>28</sup> Skinner, B. (1948). *Comportamento verbale*. Università di Harvard.

- L'apprendimento del linguaggio è affrontato nel metodo ABA-VB ricorrendo esclusivamente ad una motivazione esterna, che è creata artificialmente associando l'ambiente di lavoro a degli stimoli rinforzanti (principalmente il cibo). Consideriamo che l'apprendimento del linguaggio e della comunicazione non deve essere ridotto alla sfera della richiesta di cibo o di attività. Ad esempio, è ugualmente importante insegnare al bambino a potere comunicare le sue preferenze, i suoi rifiuti, le sue inquietudini.

**Per saperne di più su questo metodo**

Barbera, M. L. (2007). The verbal behavior approach how to teach children with autism and related disorders. Jessica Kingsley Publishers

## TEACCH

*Convergenza parziale*

### Presentazione

Il metodo TEACCH è una pratica di intervento globale di sviluppo specializzato nelle strategie di insegnamento. Le caratteristiche di questo metodo sono le seguenti:

- Secondo il metodo TEACCH, la maggioranza di persone con DSA presenta delle differenze che devono essere prese in considerazione e rispettate. Queste differenze nascondono una varietà di difficoltà e di punti di forza, in particolare (1) a livello del «modo di pensare» (ad esempio: focalizzazione sui dettagli, approccio letterale del linguaggio, difficoltà di combinare e integrare insieme le idee, difficoltà di organizzazione spazio-temporale, difficoltà a fare generalizzazioni); (2) a livello dell'apprendimento (ad esempio: facilità di apprendimento visivo, dipendenza da segni/indicatori); (3) a livello comportamentale (forti impulsi, grave ansia, preferenze sensoriali e percettive, importanza dei rituali).

- Diversamente dal metodo Lovaas che si propone di normalizzare i comportamenti del bambino perché egli si adatti meglio al suo ambiente (familiare, scolastico, sociale), il metodo TEACCH propone di adattare l'ambiente alle particolarità presentate dai bambini con DSA. Gli adeguamenti dell'ambiente sono i seguenti:

1. L'organizzazione e la sequenza delle attività quotidiane sono fortemente strutturate dall'operatore: quest'ultimo organizza il modo e l'ordine nei quali le attività si svolgono.

2. Degli indici visivi (immagini, foto, scritte) sono utilizzati sistematicamente per: (1) organizzare lo spazio (ad esempio un'immagine di matita disegnata sulla scatola delle matite) e il tempo (ad esempio l'uso del tempo in immagini); (2) fare capire le regole degli esercizi che gli alunni devono realizzare.

3. L'apprendimento è realizzato in spazi di lavoro limitati e individuali per ridurre le eventuali distrazioni.

### All'Antenne

La pratica clinica all'Antenne presenta parziali convergenze con il metodo TEACCH. In effetti, pensiamo anche che i comportamenti del bambino non debbano essere normalizzati in funzione di regole di sviluppo tipico. Non pensiamo che i comportamenti del bambino con DSA siano delle devianze di un comportamento che sarebbe normale. Al contrario, il bambino autistico manifesta un certo numero di particolari difficoltà e compie degli sforzi di adattamento rispetto a ciò che è difficile per lui. Come TEACCH, pensiamo che le regole e le preferenze al livello di modalità percettive costituiscono degli sforzi di adattamento da parte del bambino. All'Antenne, affrontiamo ugualmente la socializzazione e l'apprendimento a partire dalla presa in considerazione delle **particolarità** del bambino.

Tuttavia, a differenza del metodo TEACCH, non pensiamo che le strategie d'insegnamento debbano essere identiche per ogni bambino. Se i bambini con DSA presentano effettivamente delle particolarità che sono relative al DSA, rimane il fatto che ciascun bambino con DSA è unico. Secondo noi, adattando in modo uniforme l'ambiente, il metodo TEACCH non tiene abbastanza in considerazione la diversità delle difficoltà e degli adattamenti presentati da ciascun bambino. All'Antenne, ci preoccupiamo di adattarci alle particolarità di ciascun bambino. A questo proposito, non esiste un metodo che valga per tutti. Solo un approccio clinico permette di avanzare delle ipo-



tesi su ciò che presenta più difficoltà e può considerarsi una soluzione per ciascun bambino, caso per caso. Ciò implica la necessità di elaborare delle strategie di insegnamento inventive: piuttosto che insegnare ai bambini a impilare dei blocchi in modo corretto, preferiamo fare riferimento ad attività che abbiano un senso per loro, ad esempio integrando nelle attività di apprendimento i loro interessi preferiti. Questo implica, quando è necessario, fare dei cambiamenti in relazione a quello che noi abbiamo previsto di insegnare durante l'attività. È solo a questa condizione che l'operatore e i bambini possono diventare **partner** a livello di apprendimento.

In più, diversamente dal metodo TEACCH, favoriamo l'immersione del bambino in seno a un gruppo di pari. Piuttosto di usare degli spazi di lavoro separati che hanno l'inconveniente di isolare il bambino dal resto del gruppo, privilegiamo il lavoro in un ambiente non artificiale, sia in un contesto della classe che nel contesto della routine quotidiana. Questo consente di trattare le difficoltà che riguardano la concentrazione, l'attenzione e le difficoltà relazionali che possono emergere in un'attività collettiva.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Mesibov, G. B., Shea, V., Schopler, E., & more. (2004). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders* (p. 212). New York: Springer.

## SCERTS

*Convergenza maggiore*

### Presentazione

Lo SCERTS è una pratica di intervento globale evolutiva centrata su tre aspetti interdipendenti:

1. La comunicazione sociale. L'obiettivo qui è quello di sostenere il bambino nelle sue capacità comunicative e sociali, perché egli possa sentirsi più fiducioso e attivo nelle sue relazioni con gli altri. Queste competenze e questo vissuto non si imparano mediante apprendimenti specifici, ma si sperimentano con l'intervento di un partner benevolente, in situazioni sociali diverse che lascino una parte alla spontaneità del bambino, come il gioco e le abitudini quotidiane. Si possono usare sistemi di comunicazione alternativi e aumentati, a patto che essi aiutino il bambino a sentirsi più fiducioso e più ascoltato.

2. La regolazione emotiva. L'obiettivo è di sostenere il bambino nella capacità di controllare le proprie emozioni. Questa competenza gli permetterà di essere più sicuro nei legami sociali e di essere più disponibile a livello di apprendimento. Il bambino elabora da solo delle strategie per proteggersi dalle emozioni estreme che può avvertire. Ad esempio, se un bambino è in difficoltà davanti ad un cambiamento imprevisto, può ricorrere ad una serie di azioni che gli permettano, a poco a poco, di adattarsi a quel cambiamento. Queste strategie sono da sostenere. Ancora, è importante aiutare il bambino a proteggersi da ciò che può scatenare una sregolazione emotiva. Ad esempio, se un bambino appare turbato per il rumore nella stanza in cui svolge l'attività, è bene proporgli di fare una pausa, di cambiare stanza, di ascoltare la sua musica preferita per qualche minuto.

3. Il sostegno transazionale. L'obiettivo è quello di supportare l'adattabilità degli operatori alle peculiarità del bambino, sia a livello comportamentale, che comunicativo e pedagogico. Ciò implica un adeguamento permanente nel modo d'essere e di parlare dell'operatore, così come nelle attività proposte in funzione delle particolari difficoltà e delle risorse di ciascun bambino.

Lo SCERTS è un modello che ha la particolarità di appoggiarsi non su un insieme di tecniche specifiche, ma piuttosto su un insieme di valori condivisi da tutti gli attori impegnati nella presa in carico (Prizant, 2006, vol.1,p.18):

- La priorità della presa in carico è lo sviluppo delle capacità spontanee e funzionali che riguardano la comunicazione e la regolazione emotiva.

- Le attività proposte sono alla portata del bambino, favorendone il piacere, la riuscita e l'autonomia.

- L'insieme delle aree dello sviluppo del bambino (in particolare gli aspetti della comunicazione e quelli sociali, emozionali, cognitivi, sensoriali, motori) sono collegati e interdipendenti. Le relazioni tra le aree di sviluppo devono essere prese in considerazione nella presa in carico.

- Ciascun comportamento del bambino è considerato come funzionale. Anche i comportamenti detti «problematici» hanno delle funzioni che possono includere degli aspetti comunicativi e di regolamentazione emozionale e possono implicare un impegno del bambino nelle abilità di adattamento.

- Ciascun bambino ha una maniera unica di apprendere (composto da forze e da debolezze). L'operatore deve adattarsi in modo appropriato allo stile del bambino, per sostenerne e facilitarne le competenze nell'ambito della comunicazione e della regolazione emozionale.

- Le abitudini quotidiane (a casa, scuola e gli altri luoghi abituali del bambino) sono la base di partenza per incoraggiare l'apprendimento e lo sviluppo delle relazioni positive.
- La responsabilità principale degli operatori è quella di stabilire una relazione positiva col bambino e con i suoi genitori. Questi sono trattati con dignità e rispetto.
- I membri della famiglia sono considerati come le persone che conoscono meglio il proprio figlio. La presa in carico è vista come un processo di collaborazione con la famiglia.

### All'Antenne

La pratica clinica all'Antenne converge fortemente con il modello dello SCERTS e con i valori che esso sostiene. In effetti, al di là della diversità delle attività proposte ai bambini (attività pedagogiche, sociali, sportive, artistiche, ecc.), ciascun operatore è impegnato nel sostegno e sviluppo delle competenze spontanee e funzionali del bambino.

La presa in carico è considerata come un supporto al bambino, ciò che impegna ciascun operatore a cercare le condizioni di un **partenariato** col bambino. Questo accompagnamento trova un supporto maggiore nel riconoscere le soluzioni che il bambino ha lui stesso elaborato per confrontarsi con ciò che per lui rappresenta una difficoltà a livello del suo rapporto con il corpo, con il legame sociale e con i diversi apprendimenti. Una volta che il partenariato con il bambino è assicurato, si sono realizzate le condizioni per invitarlo a realizzare una serie di progressi relativi ai suoi comportamenti, al legame sociale e all'apprendimento. La consapevolezza degli aspetti relazionali (alla base del sostegno transazionale nello SCERTS) e degli aspetti affettivi (alla base della regolazione emotiva nello SCERTS) è centrale nella pratica clinica dell'Antenne.

Anche il **lavoro con i genitori** è considerato come una forma di partenariato il cui centro di gravità è l'ascolto delle particolari difficoltà che essi incontrano con i propri figli, così come le soluzioni che essi provano a trovare. È partendo dalle difficoltà incontrate e dalle soluzioni trovate che noi costruiamo un legame positivo e possiamo realizzare degli scambi di pratiche.

Per finire, all'Antenne ciò che può sembrare ripetitivo, limitativo e stereotipato (come l'utilizzo di certi oggetti o l'interesse per attività specifiche dentro un determinato ambiente) rappresenta una serie di spunti per un potenziale lavoro con il bambino, nel favorire un migliore risultato riguardo al suo rapporto col corpo, con gli altri, alla conoscenza pedagogica. Una possibilità di scelta è lasciata nelle attività per quegli oggetti e interessi privilegiati per rassicurare il bambino da un lato, e dall'altro per permettergli di servirsene come strumento di mediazione con ciò che fa difficoltà per lui.

### Per saperne di più su questa pratica

Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., Laurent, A. C., & Rydell, P. J. (2006). *The SCERTS model : A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders* (2 Vol.). Baltimore, Md.: Paul H. Brookes Pub.

## ESDM

*Convergenza parziale*

### Presentazione

Il metodo ESDM è una pratica di intervento globale mista (comportamentale e di sviluppo) specializzata nella presa in carico dei bambini piccoli. Le caratteristiche di questo metodo sono le seguenti:

- Il punto di partenza teorico di questo metodo è l'ipotesi che l'autismo troverebbe la propria origine in una specifica problematica cerebrale, che influenza l'iniziativa sociale. Questo deficit cerebrale specifico comporterebbe le seguenti conseguenze: una regressione del bambino a livello del processo relazionale, una preferenza significativa per l'uso stereotipato degli oggetti, una mancanza di investimento del bambino sotto il profilo dell'apprendimento.

- Collocandosi in una prospettiva di sviluppo, l'ESDM ha l'obiettivo di stimolare l'iniziativa sociale del bambino. Questa stimolazione, contrariamente ai metodi comportamentali classici, si basa sull'iniziativa del bambino, il gioco e i suoi specifici interessi. Più precisamente, gli interventi servono ad invitare il bambino a partecipare alle attività ludiche che implicano un'interazione sociale. Questa integrazione con la presenza e la partecipazione dell'operatore è realizzato in sequenze sociali sensoriali (gioco a nascondino, fare il solletico, ecc.) e anche nel contesto di attività di gioco con degli oggetti scelti dal bambino durante la seduta.

- Collocandosi in una prospettiva psicodinamica di sviluppo, i comportamenti del bambino, l'interazione sociale e gli aspetti cognitivi sono considerati come inseparabili dal contesto relazionale e affettivo nel quale essi si trovano. La relazione è considerata come un partenariato tra il bambino e l'operatore. Ciò implica che quest'ultimo debba avere il tempo di rendere docile il bambino, andandogli incontro e rispettandone nel contempo le sue iniziative e le sue paure.

- Collocandosi ugualmente in una prospettiva comportamentale, le tecniche di apprendimento emerse dal condizionamento operante così come dall'addestramento a risposte cardine (PRT) sono utilizzate per favorire lo sviluppo delle competenze specifiche. D'altra parte valutazioni funzionali e il sostegno al comportamento positivo sono utilizzati per gestire i comportamenti «problematici».

In modo generale, le tecniche scelte all'inizio per acquistare delle nuove competenze si basano su (1) la motivazione interna (ad esempio apprendere l'attenzione congiunta a partire da un'attività preferita attorno a cui sono proposte delle interazioni sociali), (2) delle attività non direttive, (3) l'uso del linguaggio verbale. Ma se l'acquisizione di una specifica competenza non giunge a compiersi in un lasso di tempo di 6 giorni oppure se l'acquisizione di una competenza non è compatibile con un insegnamento spontaneo, gli autori raccomandano di modificare il trattamento «di prima scelta» (il più rispettoso per il bambino): ricorrendo a tecniche che utilizzano una motivazione artificiale (i rinforzi esterni), diminuendo i margini di libertà del bambino (le attività dirette dall'operatore), e utilizzando dei supporti visivi.

### All'Antenne

La pratica clinica all'Antenne presenta delle parziali convergenze con l'ESDM. In effetti anche noi consideriamo che la dimensione relazionale e affettiva è un aspetto cardine della presa in carico. Questa relazione deve essere vissuta nel modo più positivo possibile dal bambino, tenendo conto del suo ritmo, dei suoi interessi, delle sue preferenze così come delle sue difficoltà specifiche che egli può manifestare in rapporto alla relazione. All'Antenne, il primo tempo della presa in cari-

co consiste precisamente nel ricercare le condizioni relazionali e affettive specifiche che permettano un rapporto tra il bambino e gli operatori del gruppo. In un secondo tempo, quando il bambino prende fiducia, accetta la nostra presenza e ha capito che lavoriamo in partenariato con lui, è più disposto ad accogliere le nostre proposte per realizzare alcuni cambiamenti riguardo i comportamenti, la socializzazione e l'apprendimento.

Tuttavia, a differenza dell'ESDM, il nostro punto di vista clinico si basa di meno su un sapere concernente una causa supposta, ma più su ciò che ciascun bambino presenta come punti di forza e difficoltà particolare. Notiamo che l'ipotesi difesa dagli autori dell'ESDM di un deficit neurologico primario a livello delle aree sociali come causa del DSA è stato di recente messo in discussione a partire da un riesame dello stato attuale della conoscenza scientifica<sup>29</sup>.

In più, diversamente dall'ESDM, non pensiamo che avvicinarsi ad uno sviluppo normale sia l'obiettivo della presa in carico. Siamo convinti che ciascun bambino abbia dei tratti specifici che devono essere rispettati (a livello comportamentale, relazionale, cognitivo), per essere incoraggiati e sviluppati se sono compatibili con un legame sociale e con degli apprendimenti.

Per finire, all'Antenne, quando un bambino non fa progressi nel contesto di un'esperienza particolare, non ricorriamo a tecniche di «seconda scelta» (più artificiali, più intensive e limitative delle libertà del bambino). Preferiamo invece intensificare gli incontri tra i diversi operatori nella prospettiva di elaborare delle nuove strategie terapeutiche, pedagogiche e rieducative ancora più adattate in relazione alle difficoltà e risorse manifestate dal bambino.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2013). *L'intervention précoce en autisme : Le modèle de Denver pour jeunes enfants : Évaluation et prise en charge*. Paris : Dunod.

---

<sup>29</sup> Elsabbagh, M., & Johnson, M. H. (2016). *Autism and the social brain: The first year puzzle*. *Biological Psychiatry*, 80(4), 94-99.

## FLOOR-TIME

*Convergenza parziale*

### Presentazione

Il «Floor-time» è un approccio evolutivo elaborato da Stanley Greenspan negli anni '90. Esso si basa sul DIR<sup>30</sup>, un modello evolutivo pensato dallo stesso autore. Esso è composto da sei stadi percorsi dai bambini che presentano uno sviluppo normale. Questi stadi riguardano lo sviluppo degli aspetti affettivi, relazionali, simbolici.

L'obiettivo del Floor-time è di sostenere e facilitare lo sviluppo delle capacità razionali, affettive e simboliche del bambino con DSA, rimanendo il più aderente possibile allo stadio in cui il bambino si trova (zona prossimale di sviluppo). Il mezzo privilegiato per giungervi è il gioco con il bambino, realizzato a livello del suolo («floor»). Il terapeuta propone al bambino di giocare con il materiale che preferisce, cercando di «accordarsi» - a livello affettivo e relazionale - con lui. Ciò significa sostenere le iniziative del bambino, a livello del gioco, e rispettare le difficoltà relazionali ed emozionali che il bambino può manifestare davanti all'operatore.

Nel caso in cui il bambino sia occupato in un'attività che non lascia la possibilità al terapeuta di interagire, quest'ultimo pratica un «ostacolo ludico», che consiste nell'interporsi delicatamente e in modo giocoso tra il bambino e quello che egli realizza, perché l'attività realizzata in modo solitario divenga l'occasione di un gioco e di una interazione prolungata. (Ad esempio nella situazione in cui il bambino apre e chiude una porta in modo ripetuto e continuo, il terapeuta blocca un po' il movimento cercando di trasformare questo arresto in gioco, lasciando al bambino la possibilità di sbloccare la porta).

A poco a poco, col progredire dello sviluppo «simbolico» del bambino (uso spontaneo della figura, del disegno, del punteggio, delle parole), i giochi di manipolazione lasciano il posto ai giochi di «finzione», nei quali il bambino e il terapeuta hanno un ruolo per ciascuno. Ad esempio, se il bambino manipola una figurina in plastica di Batman, l'operatore manipolerà vicino la figurina di Robin (il compagno di Batman) e favorirà la creazione di una storia da parte del bambino, così come lo sviluppo di concetti astratti (ad esempio il senso della giustizia di cui è paladino Batman).

### All'Antenne

Il Floor-time e la pratica clinica all'Antenne hanno in comune il rispetto delle particolarità del bambino (a livello del suo rapporto col corpo, con gli altri, con l'ambiente) così come il posto centrale dato alle attività spontanee del bambino («il gioco») e allo sviluppo di queste attività (quello che noi chiamiamo le «elaborazioni») nel quadro dell'accompagnamento. In più, gli interventi di «ostacolo ludico» del Floor-time sono simili a quello che noi all'Antenne chiamiamo la «forzatura dolce». Questo serve a spronare il bambino verso uno scarto in rapporto alle sue abitudini, e allo stesso tempo lo si aiuta ad attuare una soluzione di «ricambio» più flessibile, ad esempio che permetta una maggiore complessità di un'elaborazione, o che si collega a un legame sociale o a un apprendimento.

Tuttavia, la pratica del Floor-time è estremamente restrittiva per quanto riguarda il metodo che propone (seduti in terra, in attesa dell'attività spontanea del bambino), in relazione all'importanza e alla diversità delle difficoltà che i bambini autistici presentano. A nostro avviso, mirare al «ben-essere» del bambino non può essere esclusivo e separato dal contesto quotidiano del bambino, come è nel caso del Floor-time. All'Antenne l'accompagnamento del bambino autisti-

---

<sup>30</sup> DIR è un acronimo formato dagli elementi fondamentali del modello: le capacità dello sviluppo, le differenze individuali nelle funzioni sensomotorie e nella regolazione affettiva, le relazioni e l'ambiente.

co è realizzato attraverso una **pluralità di contesti** (atelier, svaghi, pasti, momenti di cura, abbigliamento, ecc.) e una **pluralità di registri** (regolazioni, elaborazioni, socializzazioni, apprendimenti). Secondo noi, il «ben-essere» del bambino autistico non si ottiene solo giocando qualche ora per settimana con un terapeuta nel contesto di un colloquio privato, ma prima e soprattutto nel quotidiano del bambino, tra pari, in un pranzo, in ricreazione, utilizzando un tablet o un computer, in piscina, in classe, ecc. Tutti questi momenti sono occasioni còlte per favorire lo sviluppo simbolico, relazionale e affettivo del bambino.

**Per saperne di più su questa pratica**

Greenspan, S., & Wieder, S. (2007). *Trattare l'autismo*. CORTINA RAFFAELLO.

## SON-RISE (& le «3i»)

*Divergenze*

### Presentazione

Il «Son-Rise» (così come il suo equivalente francofono: le «3i») è una pratica di intervento dello sviluppo elaborata da Barry Neil Kaufman negli anni '70.

I punti chiave di questa pratica sono i seguenti:

- il gioco intensivo non direttivo: il «Son-Rise» è realizzato dai genitori o da un terzo (volontario) che accompagna il bambino in un locale adattato a ciò. Gli incontri consistono nel seguire il bambino e giocare con lui (si raccomandano un totale di 40 ore settimanali). La specificità del «gioco» raccomandato è quella di essere non-direttivo, e ciò vuol dire che l'adulto si limita essenzialmente a seguire le iniziative del bambino.

- Tutto è un pretesto per giocare, ivi comprese le attività ripetitive solitarie (le stereotipie). Il bambino non può mai essere ostacolato o impedito nei suoi movimenti e nelle sue attività, per quanto problematiche possano essere.

- Qualunque interazione (sguardo, contatto, attenzione condivisa) è verbalizzata dall'operatore che comunica la sua gioia al bambino. Gli autori di «Son-Rise» affermano – senza altre prove se non una sola dimostrazione – che comunicare al bambino il proprio entusiasmo e i propri sentimenti positivi gli permetta di «uscire» dall'autismo.

### All'Antenne

La pratica clinica all'Antenne 110 differisce molto dal «Son-Rise» (o 3i) per diverse ragioni:

- Se le attività spontanee del bambino sono considerate all'Antenne come una risorsa preziosa di cui tener conto, esse non possono peraltro essere la sola pietra angolare di tutta la presa in carico. Le problematiche incontrate dai bambini autistici sono talmente forti e complesse che è estremamente riduttivo proporre al bambino di giocare tutto il giorno. Se il gioco permette in effetti di sensibilizzare il bambino alla presenza affettuosa di un altro, anche altre attività sono necessarie: le attività pedagogiche, sportive, artistiche, ecc.

- L'assenza di direttive è un'attitudine interessante dentro contesti specifici (ad esempio un'attività ludica o artistica), ma non può essere un'attitudine generale da adottare in ogni situazione. Il bambino autistico, come ogni bambino, deve imparare a familiarizzare con regole e limiti, che sono le condizioni di un «vivere insieme».

- Se le «stereotipie» del bambino possono davvero essere un supporto nel lavoro con il bambino, non è meno importante renderle complesse per accordarla meglio con il legame sociale e gli apprendimenti. È necessario quindi invitare il bambino a partecipare ad attività simili alle sue stereotipie, pur rimanendo diverse. Questo invito, per quanto affettuoso sia, implica una «dolce forzatura».

- Se l'entusiasmo dell'operatore può favorire una dinamica relazionale aperta a una reciproca interazione, esso può tuttavia mostrarsi problematico se è espresso in modo sistematico ed esagerato (diventa allora un «rinforzo positivo»). In più, l'entusiasmo non è sempre presente, ogni giorno, in ogni momento della giornata. Associare i progressi del bambino all'espressione di un sentimento costruttivo dell'operatore (genitore o volontario) si fonda su una credenza un po' magica e provoca potenzialmente un senso di colpa per i genitori nel caso di fallimento terapeutico.

- Per finire, all'Antenne noi non crediamo che un bambino possa «uscire» dall'autismo. Anche se il bambino può evolvere in maniera significativa in diversi campi (elaborazione, socialità,



apprendimento), alcune particolarità – che sono parte integrante dell'identità della persona autistica – si manterranno per tutta la vita.

**Per saperne di più su questa pratica**

Kaufman, B.N. (1995). *Son-Rise: The Miracle Continues*. HJ Kramer.

## Pratiche d'intervento mirate

Le pratiche d'intervento mirate sono delle tecniche miranti ad aspetti specifici (ad esempio una difficoltà a livello della comunicazione verbale, gli stereotipi, l'apprendimento della lettura, ecc.).

Le pratiche d'intervento mirate possono essere utilizzate in maniera isolata oppure integrate ad un approccio più globale. A questo titolo, anche se la pratica clinica all'Antenne rientra in un approccio globale, è importante collocarla in rapporto alle pratiche mirate.

Tra le innumerevoli pratiche di intervento mirate esistenti, abbiamo scelto le 27 pratiche valutate come delle «buone pratiche» in un recente rapporto (Wong & coll., 2015<sup>31</sup>).

Specifichiamo qui sotto le convergenze e le divergenze tra ciascuna pratica di intervento mirata e la pratica clinica all'Antenne, raggruppando le diverse pratiche in tre campi d'azione:

- gli apprendimenti (saperi e saper fare)
- la socializzazione
- i comportamenti «problematici»

---

<sup>31</sup> Per una versione sintetica del rapporto: Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., . . . Schultz, T. R. (2015). *Evidence-Based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review*. *J Autism Dev Disord*, 45(7), 1951–1966; Per una visione dettagliata del rapporto: Wong, C., Odom, S. L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., & Schultz, T. R. (2014). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute

## Pratiche d'intervento miranti al sapere a al saper fare.

Le pratiche d'intervento miranti al sapere e al saper fare raggruppano le tecniche usate per imparare:

- prerequisiti pedagogici (ad esempio l'attenzione, la concentrazione, l'attenzione congiunta, la psicomotricità fine, ecc.)
- materie pedagogiche (ad esempio la lettura, la scrittura, la matematica, ecc.)
- le competenze che favoriscono l'autonomia (ad esempio vestirsi, lavarsi, partecipare alle attività della vita quotidiana, ecc.)

Abbiamo considerato le seguenti pratiche d'intervento miranti al sapere e al saper fare:

- |   |                                      |            |           |             |   |               |
|---|--------------------------------------|------------|-----------|-------------|---|---------------|
| → | Sviluppo                             | (positivo, | negativo) |             |   |               |
| → |                                      |            | Guida     |             |   |               |
| → |                                      | Sfumatura  | temporale |             |   |               |
| → | Insegnamento                         | per        | prove     | distinte    | e | multiple      |
| → |                                      | Analisi    |           |             |   | dell'attività |
| → | Strategie di apprendimento spontaneo |            |           |             |   |               |
|   | - Insegnamento «accidentale»         |            |           |             |   |               |
|   | - Ambiente didattico migliorato      |            |           |             |   |               |
|   | - Allenamento alle risposte cardine  |            |           |             |   |               |
| → | Modellizzazione                      | (in        | vivo,     | video)      |   |               |
| → |                                      | Strumenti  |           | informatici |   |               |
| → | Interventi effettuati da un genitore |            |           |             |   |               |

## Rinforzo

Il rinforzo (positivo e negativo) è una tecnica che mira ad aumentare la frequenza di un dato comportamento, modificandone le conseguenze. Questa tecnica è maggiormente usata associandola ad altre tecniche (esercizio alla comunicazione funzionale, lo stimolo, le prove distinte e multiple).

I due tipi di rinforzo sono resi in dettaglio qui sotto:

### Rinforzo positivo

*Convergenza parziale*

#### Presentazione

Il rinforzo positivo consiste nel gratificare il bambino in seguito alla realizzazione di un comportamento che costituisce l'oggetto di un insegnamento.

Questa gratificazione può essere di diversi tipi: *sociale* (il bambino riceve complimenti); *oggettuale* (il bambino può manipolare il suo giocattolo preferito); *commestibile* (il bambino riceve il suo cibo preferito); basata su *un'attività* (il bambino può partecipare alla sua attività preferita).

I rinforzi si distinguono secondo la natura del legame tra il comportamento e la gratificazione: il potenziamento è detto *naturale* quando c'è un legame intrinseco tra il comportamento e la gratificazione ricevuta (ad esempio, poter giocare con una palla, dopo aver imparato a dire la parola «palla»); il potenziamento è invece detto *artificiale* quando non c'è nessun rapporto tra il comportamento e la gratificazione ricevuta (ad esempio, ricevere una caramella dopo aver imparato a dire la parola «palla»).

#### All'Antenne

Noi privilegiamo dei metodi di apprendimento la cui leva è la **motivazione interna** (equivalente del «rinforzo naturale» per gli psicologi comportamentisti), cioè dei metodi che permettono al bambino di imparare per se stesso, piuttosto che per ricevere qualcosa in cambio. Tuttavia, nelle situazioni in cui questi metodi non permettono al bambino di fare progressi (ad esempio quando si tratta di un apprendimento che il bambino non può effettuare con le sue sole forze), usiamo dei metodi di apprendimento che ricorrono a gratificazioni che siano meno artificiali possibile e stiamo attenti a variarle.

### Rinforzo negativo

*Divergenza*

#### Presentazione

Questa tecnica, molto vicina alla punizione, consiste nel mettere volontariamente il bambino in una condizione spiacevole per lui e a interrompere questa situazione quando un comportamento auspicato è stato raggiunto/appreso.

#### All'Antenne

Per ragioni etiche, all'Antenne ci rifiutiamo di ricorrere a questa tecnica avversiva.

**Per saperne di più su questa pratica**

De Leon, I. G., Graff, R. B., Frank-Crawford, M. A., Rooker, G. W., & Bullock, C. E. (2014), *Reinforcement arrangements for learners with autism spectrum disorder*. In Handbook of early intervention for autism spectrum disorders (pp. 205-228), Springer New York.

## Guida

Convergenza parziale

### Presentazione

Questa tecnica<sup>32</sup> è utilizzata in determinate situazioni di apprendimento nelle quali il bambino ha delle difficoltà nel rispondere autonomamente a una consegna specifica. Questa tecnica consiste nel portare il bambino – a volte sotto costrizione - a produrre la risposta attesa. La guida può essere verbale, gestuale o fisica.

### All'Antenne

Nella vita quotidiana e negli atelier pedagogici, quando i bambini hanno difficoltà di comprensione verbale, li aiutiamo accompagnandoli in modo concreto. Per esempio, nei momenti di cura personale, quando domandiamo ai bambini di andare a prendere il loro spazzolino da denti nell'armadio, accompagnamo quelli che non capiscono ancora l'istruzione verbale per facilitare il legame tra la parola «spazzolino» e l'oggetto «spazzolino».

Tuttavia, facciamo attenzione a proporre degli aiuti che siano accettati dal bambino, nel rispetto del suo spazio personale e adattati in modo specifico alle sue risorse e difficoltà.

### Per saperne di più su questa pratica

MacDuff, G. S., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (2001). *Prompts and prompt-fading strategies for people with autism*. In C. Maurice, G. Green, & R. M. Foxx (Eds.), *Making a difference: Behavioral intervention for autism* (pp. 37-50).

---

<sup>32</sup> «Prompting» nella letteratura anglosassone.

## Sfumatura temporale

Convergenza parziale

### Presentazione

Questa tecnica<sup>33</sup> è utilizzata nelle situazioni di apprendimento nelle quali un aiuto (verbale, gestuale, fisico) viene dato per facilitare il legame tra la domanda e la risposta. La tecnica consiste nell'allungare progressivamente il tempo tra la domanda e l'aiuto conferito. Lo scopo di questa tecnica è permettere al bambino di rispondere in maniera autonoma.

### All'Antenne

All'antenne, nelle situazioni di apprendimento di vita quotidiana, non esitiamo ad apportare un aiuto (verbale, gestuale, fisico) ai bambini che presentano problemi di comprensione verbale. Ciononostante, facciamo attenzione a non aiutare automaticamente o troppo velocemente i bambini nei compiti che sono loro domandate per dar loro l'occasione di arrivarci da soli. Notiamo inoltre che, quando facciamo finta di non sapere, il bambino a volte può rivelarsi molto più autonomo di quello che pensavamo.

### Per saperne di più su questa pratica

Leung, J. -P. (1994). *Teaching spontaneous requests to children with autism using a time delay procedure with multi-component toys*. Journal of Behavioral Education, 4(1), 21-31.

---

<sup>33</sup> «Time Delay» nella letteratura anglosassone.

## Insegnamento per prove distinte e multiple

*Divergenza*

### Presentazione

Questa tecnica<sup>34</sup> di apprendimento consiste nel condizionare il bambino a rispondere ad un'istruzione molto specifica e pronunciata brevemente, mediante una ripetizione di prove realizzate fino a quando non viene data la risposta attesa. Per far capire al bambino quale è la risposta attesa, la sequenza seguente è riprodotta finché necessario: l'operatore enuncia l'istruzione da realizzare (per esempio: «Appoggia il tuo dito sul tuo naso»). Ci sono due casi di figure: o il bambino risponde direttamente all'istruzione (appoggia il dito sul suo naso): riceve quindi una gratificazione immediata (un sorriso, una caramella, un po' di tempo col suo giocattolo preferito); o il bambino non risponde direttamente all'istruzione (non appoggia il dito sul suo naso): l'operatore lo guida allora verso la risposta attesa (per esempio, prende la mano del bambino e appoggia il suo dito sul naso), e gli dà una gratifica quando il movimento corretto viene realizzato. Questa sequenza è ripetuta finché il bambino risponde all'istruzione senza aiuto.

### All'Antenne

Questa tecnica non viene utilizzata siccome il suo quadro teorico (il condizionamento operante) è **incompatibile con l'etica** del nostro approccio clinico. Inoltre, studi scientifici hanno messo in evidenza che questo metodo ha dei risultati limitati a livello del mantenimento e della generalizzazione di ciò che viene appreso, per diverse ragioni: l'apprendimento è realizzato in maniera decontestualizzata (le sequenze apprese sono artificiali quindi difficilmente riproducibili nella vita quotidiana); il bambino non è associato all'apprendimento in modo costruttivo e partecipativo, e ciò ha diverse conseguenze: non essendo interiorizzate dal bambino, i risultati sono restituiti meccanicamente e vengono mantenuti solo per un breve periodo.

### Per saperne di più su questa pratica

Smith, T. (2001). *Discrete trial training in the treatment of autism*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16(2), 86-92.

---

<sup>34</sup> «Discrete Trial Teaching» o «DTT» nella letteratura anglosassone.



## Analisi dell'attività

Convergenza parziale

### Presentazione

La tecnica di analisi dell'attività<sup>35</sup> consiste nello scomporre un'attività complessa in una successione di componenti più semplici che sono apprese indipendentemente (spesso per mezzo di altre tecniche: la modellizzazione, il rinforzo, la sfumatura temporale). Per esempio, insegnare ad un bambino a spalmare il pane col burro può essere facilitato se le azioni successive sono scomposte in unità più piccole che diventano l'oggetto di un apprendimento e di un'attenzione specifici.

### All'Antenne

Ogni tanto lavoriamo in questo modo con alcuni bambini, sia nei contesti pedagogici sia nella vita quotidiana. Inoltre, facciamo attenzione al fatto che la focalizzazione sull'apprendimento di un aspetto preciso abbia un senso per i bambini.

### Per saperne di più su questa pratica

Browder, D. M., Trela, K., & Jimenez, B. (2007). *Training teachers to follow a task analysis to engage middle school students with moderate and severe developmental disabilities in grade-appropriate literature*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22(4), 206-219.35  
«Task analysis» dans la littérature anglo-saxonne.

---

<sup>35</sup> «Task analysis» nella letteratura anglosassone.

## Strategie d'insegnamento spontaneo

Le strategie di insegnamento spontaneo<sup>36</sup> consistono in un insieme di strategie pedagogiche che si appoggiano sulla motivazione interna del bambino, integrando nell'apprendimento le sue iniziative, i suoi oggetti o le attività che predilige. Queste strategie prendono spesso in considerazione la dimensione relazionale dell'apprendimento (ciò implica adattare l'apprendimento in funzione dello stile comunicativo del bambino e garantire che il bambino abbia piacere/si senta rassicurato a stare con l'insegnante).

Sono state considerate le seguenti strategie di insegnamento spontaneo:

- Insegnamento «accidentale»
- Ambiente didattico migliorato
- Allenamento alle risposte cardine

### Insegnamento «accidentale»

*Convergenza maggiore*

#### Presentazione

L'insegnamento «accidentale»<sup>37</sup> è una tecnica nella quale un'iniziativa da parte del bambino diviene occasione di apprendimento. Per esempio, un bambino vorrebbe bere un bicchiere di granatina e si reca in cucina dove indica la bottiglia (che è fuori dalla sua portata) ad una persona. Un insegnamento «accidentale» potrebbe consistere nell'invitare il bambino a provare a dire una parola («granatina» o «bere») o a indicare un'immagine (un pittogramma) che rappresenta l'azione di bere un bicchiere di granatina, prima di servirgli da bere.

#### All'Antenne

Questa pratica pedagogica è utilizzata molto spesso durante i momenti di vita quotidiana (in modo particolare durante i pasti ed i momenti ricreativi). Questa tecnica è privilegiata perché ha luogo in un contesto che ha un senso per il bambino (contrariamente ad una situazione pedagogica dove bisognerebbe imparare a dire la parola «granatina» in classe, quando invece non c'è nessuna granatina nel locale).

#### Per saperne di più su questa pratica

McGee, G. G., Krantz, P. J., Mason, D., & McClannahan, L. E. (1983). *A modified incidental-teaching procedure for autistic youth: Acquisition and generalization of receptive object labels*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16(3), 329-338.

<sup>36</sup> «Naturalistic interventions» nella letteratura anglosassone.

<sup>37</sup> «Incidental teaching» nella letteratura anglosassone.

## Ambiente didattico migliorato

Convergenza maggiore

### Presentazione

L'ambiente didattico migliorato<sup>38</sup> è una strategia didattica che consiste nell'integrare dei giocattoli scelti dal bambino in un contesto di conversazione e di gioco, al fine di rendere favorevole un lavoro pedagogico motivante (per esempio il bambino è invitato ad utilizzare il linguaggio verbale per domandare il giocattolo che vorrebbe utilizzare; nel contesto di una conversazione tra il bambino e l'insegnante gli oggetti scelti dal bambino sono citati, indicati, messi in scena, e ciò favorisce l'attenzione congiunta e l'apprendimento dei nomi degli oggetti).

### All'Antenne

Questa strategia pedagogica è utilizzata spesso poiché ha luogo, come la tecnica dell'insegnamento «accidentale», in un contesto motivante e significativo per il bambino.

### Per saperne di più su questa pratica

Hancock, T., & Kaiser, A. (2006). *Enhanced milieu teaching*. In *Treatment of language disorders in children* (1 edition ed., pp. 203-236). Baltimore, Md: Brookes Publishing.

---

<sup>38</sup> «Enhanced milieu teaching» o «EMT» nella letteratura anglosassone.

## Allenamento alle risposte cardine

Convergenza maggiore

### Presentazione

L'allenamento alle risposte cardine<sup>39</sup> è un insieme di strategie pedagogiche che si appoggiano sugli elementi/cardini seguenti: (1) la motivazione (il bambino sceglie le attività che vorrebbe realizzare; i suoi oggetti o le sue attività preferite sono integrate nell'apprendimento; è prevista un'alternanza tra esercizi che sono alla sua portata ed esercizi più complicati; i tentativi sono ricompensati, e non solamente le risposte corrette; (2) l'autogestione (il bambino impara ad essere autonomo nella realizzazione delle istruzioni); (3) l'iniziativa (è incoraggiata la capacità ad iniziare uno scambio sociale).

### All'Antenne

L'allenamento alle risposte cardine è una strategia pedagogica che converge con le nostre. Imparare, in effetti, non consiste solamente nell'apprendere una materia specifica, ma innanzitutto favorire ed incoraggiare il gusto di apprendere e comunicare.

### Per saperne di più su questa pratica

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Harrower, J. K., & Carter, C. M. (1999). *Pivotal response intervention I: Overview of approach*. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 24(3), 174-185.

---

<sup>39</sup> «Pivotal response training» o «PRT» nella letteratura anglosassone.

## Modellizzazione

La modellizzazione<sup>40</sup> raggruppa quelle tecniche che usano l'imitazione come leva per l'apprendimento di un gesto o di una sequenza di gesti.

Esistono due tipi di modellizzazione:

- Modellizzazione dal vivo
- Video-modellizzazione

### Modellizzazione dal vivo

*Convergenza parziale*

#### Presentazione

La modellizzazione dal vivo consiste nell'invitare il bambino ad imitare un gesto o una sequenza di gesti, in un contesto di apprendimento. Per esempio, per insegnare al bambino a lavarsi i denti, piuttosto di indicargli verbalmente come lavarsi i denti in modo efficace, un operatore o un compagno può mettersi di fronte a lui, dotato anche lui di uno spazzolino, invitando il bambino a riprodurre i suoi stessi gesti.

#### All'Antenne

Anche noi pensiamo che sia più facile apprendere osservando/imitando piuttosto che tramite l'aiuto di un'istruzione verbale o iconica, in modo particolare per i gesti semplici o combinati. Tuttavia facciamo attenzione affinché il bambino possa appropriarsi del modello proposto. Ciò che conta è l'appropriazione di una competenza particolare, più che la qualità della riproduzione del modello proposto.

#### Per saperne di più su questa pratica

Charlop-Christy, M. H., Le, L., & Freeman, K. A. (2000). *A comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism*. *J Autism Dev Disord*, 30(6), 537-552.40 «Modeling» dans la littérature anglo-saxonne.

---

<sup>40</sup> «Modeling» nella letteratura anglosassone.

## Video-modellizzazione

Convergenza parziale

### Presentazione

La video-modellizzazione consiste nell'utilizzare un modello video come leva per l'apprendimento di un gesto o di una sequenza di gesti. Per esempio, per insegnare a un bambino a vestirsi, piuttosto di indicargli verbalmente le tappe da seguire per vestirsi, gli viene mostrato un video che ne riprenda tutte le sequenze.

### All'Antenne

Supporti video possono servire da modello in certi contesti di apprendimento. Tuttavia, ci assicuriamo di utilizzarli in una maniera sufficientemente elastica, sostenendo le scelte del bambino, sia a livello dei modelli utilizzati, sia a livello di ciò che egli «prende» dai modelli per appropriarsi di una particolare competenza.

Inoltre, questo passaggio attraverso l'immagine video ha il vantaggio di spostare la posizione della domanda che viene fatta e può rassicurare alcuni bambini a volte in difficoltà con ciò che viene loro chiesto dalle persone presenti.

### Per saperne di più su questa pratica

Noland, B. (2013). *Video modeling for young children with autism spectrum disorders: A practical guide for parents and professionals*. Jessica Kingsley Publishers.

## Strumenti informatici

Convergenza maggiore

### Presentazione

Gli strumenti informatici<sup>41</sup> comprendono l'utilizzo di computer, tablet e smartphone. Questi strumenti sono utilizzati in diversi contesti: ludico/ricreativo, pedagogico (attività che favoriscono l'acquisizione di una competenza in modo ludico), comunicazionale (utilizzo di un'interfaccia informatica per comunicare per iscritto).

### All'Antenne

Gli strumenti informatici sono utilizzati frequentemente, in modo particolare nei tre contesti qui descritti, durante le attività e durante i momenti interstiziali. Per esempio (1), per aiutare i bambini a familiarizzare con l'associazione tra il nome delle lettere e la loro grafia, sono proposti dei giochi informatici pedagogici durante gli atelier; (2) anche durante la ricreazione, i bambini hanno l'opportunità di partecipare a delle attività dove possano familiarizzare con gli strumenti informatici e le applicazioni da loro scelte; (3) certi bambini che presentano una difficoltà col linguaggio orale cominciano ad utilizzare delle interfacce elettroniche (smartphone) per comunicare per iscritto le loro preferenze.

### Per saperne di più su questa pratica

Moore, M., & Calvert, S. (2000). *Brief report: Vocabulary acquisition for children with autism: Teacher or computer instruction*. *J Autism Dev Disord*, 30(4), 359-362.

---

<sup>41</sup> «Technology-aided instruction and intervention» nella letteratura anglosassone.

## Interventi realizzati da un genitore

*Divergenza*

### **Presentazione**

Gli interventi realizzati da un genitore consistono nell'insegnare ai genitori ad utilizzare in modo sistematico delle tecniche specifiche con il loro bambino.

### **All'Antenne**

Gli scambi di informazioni e metodi tra gli operatori del centro e i genitori sono bilaterali. Gli uni e gli altri si informano reciprocamente non solamente delle difficoltà riscontrate col bambino e delle soluzioni trovate per superarle, ma anche riguardo ai modi di fare singolari che facilitano e favoriscono, l'autonomia, gli apprendimenti e la vita sociale del bambino.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Beaudoin, A.J., Sébire, G., & Couture, M. (2014). *Parent training interventions for toddlers with autism spectrum disorder*. *Autism Research and Treatment*, 2014, 839890.



## **Pratiche d'intervento per la socializzazione e la comunicazione**

Diverse tecniche sono specificatamente utilizzate per favorire la socializzazione e la comunicazione.

Esistono le seguenti pratiche d'intervento:

- Comunicazione tramite pittogrammi (PECS)
- Racconti sociali
- Gruppi di gioco strutturato
- Interventi mediatizzati da un compagno

## Comunicazione tramite pittogrammi (PECS)

Convergenza parziale

### Presentazione

PECS<sup>42</sup> è un sistema di comunicazione alternativa e aumentata che consiste nell'indicare (o scambiare) una piccola immagine (chiamata pittogramma) o una serie di immagini differenti per comunicare qualcosa a qualcuno. Questa tecnica è utilizzata per quei bambini che presentano difficoltà maggiori nell'esprimersi verbalmente.

### All'Antenne

Nonostante che noi non utilizziamo il sistema PECS tale e quale, pittogrammi – creati dagli operatori – sono a disposizione dei bambini e degli operatori su dei pannelli in diversi spazi del centro (in modo particolare in sala da pranzo, in cucina, vicino al bagno e le camere). Sono utilizzati nella prospettiva di permettere ai bambini che hanno difficoltà col linguaggio verbale di esprimere le loro preferenze, in modo particolare per quanto riguarda l'alimentazione e le attività.

### Per saperne di più su questa pratica

Bondy, A., & Frost, L. (2011). *A picture's worth : PECS and other visual communication strategies in autism*. Bethesda, Md.: Woodbine House.

---

<sup>42</sup> «Picture Exchange Communication System» nella letteratura anglosassone.

## Racconti sociali

*Divergenza*

### **Presentazione**

La tecnica dei racconti sociali<sup>43</sup> consiste nel descrivere storie che coinvolgono situazioni sociali per insegnare ai bambini a guidare o partecipare a una conversazione. Questa tecnica è usata principalmente con bambini che hanno poca difficoltà con il linguaggio verbale e che hanno bisogno di standard di riferimento specifici nel campo della comunicazione sociale.

### **All'Antenne**

Non usiamo questa tecnica perché non tiene conto delle interazioni che i bambini potrebbero avere spontaneamente né il loro modo particolare di impegnarsi nel legame sociale.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Delano, M., & Snell, M. E. (2006). *The effects of social stories on the social engagement of children with autism*. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8(1), 29-42.

---

<sup>43</sup> «Social stories» nella letteratura anglosassone.

## Gruppi di gioco strutturato

Convergenza parziale

### Presentazione

I gruppi di gioco strutturato<sup>44</sup> consistono in attività ludiche strutturate, partecipative, con un obiettivo specifico determinato dagli operatori. Ad esempio, si suggerisce che i bambini costruiscano insieme un grande castello di Lego. Ogni bambino, eventualmente assistito da un operatore, cerca di costruire una parte del castello.

### All'Antenne

Accade spesso che utilizziamo un materiale ludico in modo collettivo. Tuttavia pensiamo che gli obiettivi comuni valgano solo se ognuno dei bambini che partecipa all'attività trova un posto che gli si addice, il che implica il mantenimento da parte degli operatori di una certa flessibilità in relazione alle richieste fatte ai bambini.

### Per saperne di più su questa pratica

Stone, S., & Stark, M. (2013). *Structured play therapy groups for preschoolers: Facilitating the emergence of social competence*. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(1), 25-50. doi:10.1521/ijgp.2013.63.1.25.

---

<sup>44</sup> «Structured Play Groups» nella letteratura anglosassone.

## Interventi mediati da un pari

Convergenza parziale

### Presentazione

Gli interventi mediati da un pari consistono nell'insegnare a un altro bambino a interagire con un bambino autistico o ad aiutarlo ad acquisire nuove competenze. Per esempio, un bambino (non autistico) invita un bambino (autistico) a partecipare ad un'attività che realizzeranno insieme.

### All'Antenne

Numerosi interventi fanno appello alla mediazione da parte di un altro bambino, poiché questa diminuisce l'impatto della domanda. Numerose attività proposte implicano una dinamica collettiva e sociale (specialmente le attività sportive, artistiche, ludiche), dove vengono generate varie forme di interazione e collaborazione tra i bambini. Tuttavia, noi ci assicuriamo che le interazioni tra i bambini rimangano spontanee e desiderate.

### Per saperne di più su questa pratica

Sperry, L., Neitzel, J., & Engelhardt-Wells, K. (2010). *Peer-mediated instruction and intervention strategies for students with autism spectrum disorders*. Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth, 54(4), 256-264.

## Pratiche d'intervento mirate ai comportamenti «problematici»

Per gli psicologi che si riferiscono al comportamentismo, le azioni del bambino che contraddicono uno standard sociale sono raggruppate sotto il nome di «comportamenti problema» o «comportamenti problematici»<sup>45</sup>.

Questa categoria eterogenea include l'aggressività (nei confronti di se stessi o di un altro), le azioni che comportano un danneggiamento (di un luogo, di un oggetto) e comportamenti, interessi e attività limitati e ripetitivi.

Le tecniche volte a ridurre le azioni problematiche del bambino sono spesso classificate in due tipi: gli *interventi reattivi* raggruppano tutte le tecniche eseguite dopo che è stata messa in atto un'azione problematica, mentre gli *interventi proattivi* sono caratterizzati da tecniche eseguite preventivamente, prima che si verifichi un'azione problematica.

Sono state selezionate le seguenti pratiche di intervento:

### → Interventi reattivi

- Estinzione
- Rinforzo differenziale (di un comportamento alternativo, incompatibile, di un qualsiasi altro comportamento)
- Interruzione / reindirizzamento

### → Interventi proattivi

- Valutazione funzionale del comportamento
- Variazione di programma, attività, materiali
- Inserimento della scelta del bambino nelle attività, nel materiale, nel programma
- Annuncio delle prossime attività
- Accesso al materiale sensoriale
- Supporto visivo
- Esercizi
- Scripts
- Interventi cognitivo-comportamentali e autogestione

## Interventi reattivi

---

<sup>45</sup> Il raggruppamento di queste diverse azioni nella stessa categoria non ci sembra giustificato perché: (1) si basa esclusivamente su *criteri esterni* (norme sociali vigenti); (2) partecipa a una stigmatizzazione del bambino («un bambino aggressivo», «un bambino distruttivo», «un bambino che ha stereotipie»). Inoltre, le espressioni «comportamento problema» e «comportamento di sfida» suggeriscono che queste azioni devono essere apprese esclusivamente a partire dalle conseguenze per coloro che li circondano, mentre loro testimoniano prima di tutto una difficoltà vissuta dal bambino stesso. All'Antenne, preferiamo così valutare le azioni del bambino sulla base di un *criterio interno*, ponendoci la seguente domanda: «A che difficoltà o necessità risponde il bambino ricorrendo a tale azione?». Questa domanda favorisce una distinzione tra cosa può essere vissuto in modo problematico dal bambino (ad esempio una situazione che provoca ansia) e ciò che viene vissuto problematico da parte di terzi (ad esempio, una risposta aggressiva per affrontare una situazione che provoca ansia).

Le tecniche reattive raggruppano l'insieme di tecniche che seguono un'azione problematica del bambino. Proponiamo di classificare queste tecniche in funzione di due criteri: il rispetto dell'integrità fisica e psichica del bambino<sup>46</sup> e la qualità del supporto<sup>47</sup>.

	<b>Rispetto dell'integrità</b>	<b>Supporto</b>
Punizione <sup>48</sup>	Non rispetto	Non supporto
Estinzione	Rispetto	Non supporto
Interruzione/ reindirizzamento	Non rispetto	Supporto limitato
Rinforzo differenziale	Rispetto	Supporto

## Estinzione

*Convergenza parziale*

### Presentazione

L'estinzione è una tecnica comportamentale che consiste nell'ignorare in maniera sistematica azioni che contraddicono una norma sociale. Questa tecnica è spesso usata in situazioni in cui si suppone che il comportamento «distruttivo» sia attuato per attirare l'attenzione.

A differenza delle tecniche comportamentali che puniscono sistematicamente il bambino quando ci si rende conto di un comportamento problematico, l'estinzione consiste nel distrarsi in maniera attiva dall'azione del bambino in modo da non renderlo un problema relazionale (perché questo porta spesso a una spirale di aggressività).

### All'Antenne

Per quanto possibile, stiamo attenti a non «additare» i rapporti atipici che il bambino può mantenere con il suo corpo, il suo ambiente relazionale e gli oggetti che lo circondano.

Tuttavia, ignorare un'azione problematica non dovrebbe farci ignorare le ragioni per le quali il bambino esegue questa azione. Infatti, ci sono contesti in cui il bambino «richiama l'attenzione» per affermare, con le risorse a sua disposizione, il suo punto di vista, i suoi interessi.

Inoltre, questa tecnica, utilizzata da sola, non consente al bambino di trovare il modo più appropriato per agire o reagire. È quindi necessario associare alla distrazione dell'operatore nei confronti dell'azione problematica un'attenzione a ciò che potrebbe aiutare il bambino a comportarsi in un'altra maniera.

### Per saperne di più su questa pratica

<sup>46</sup> Le tecniche reattive che non rispettano l'integrità fisica e psicologica del bambino sono descritte come avversive perché causano gravi disagi, vedono sofferenze fisiche o psicologiche e ne fanno la leva principale per la soppressione o il cambiamento del comportamento. La tecnica reattiva più avversiva è la punizione.

<sup>47</sup> La qualità del supporto è più o meno importante a seconda che la tecnica tenga conto delle peculiarità del bambino e rispetti la funzione che può avere un comportamento problematico.

<sup>48</sup> Questa tecnica reattiva, ancora utilizzata in alcuni centri di riabilitazione che si occupano dei bambini con DSA, non si ripete in Wong et al. [2014] perché è molto controversa da un punto di vista etico. (Wong, C., Odom, S.L., Hume, K., Cox, A.W., Fettig, A., Kucharczyk, S., & Schultz, T.R. (2014) Basato su prove per bambini, giovani e giovani adulti con disturbo dello spettro autistico. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute.)

Rincover, A. (1978). *Sensory extinction: A procedure for eliminating self-stimulatory behavior in developmentally disabled children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(3), 299-310. doi:10.1007/BF00924733.



## Interruzione/reindirizzamento

Divergenza

### Presentazione

L'interruzione / reindirizzamento<sup>49</sup> è la tecnica comportamentale più utilizzata per ridurre il verificarsi di comportamenti ripetitivi.

Questa tecnica è simile alla tecnica del rinforzo differenziale di un comportamento alternativo, con la differenza che invece di ignorare l'azione problematica, essa viene interrotta (mediante un blocco fisico o verbale) prima che venga proposta un'attività alternativa (non necessariamente con funzione equivalente). Ad esempio, nella situazione in cui un bambino realizza incessantemente un movimento laterale del tronco, il DIR consisterebbe nell'interrompere questo movimento (tenendo fisicamente il bambino) e offrirgli un'altra attività (con l'uso di incentivi/rinforzi).

### All'Antenne

Questa tecnica non è usata perché è avversiva e non può essere fatta con il consenso del bambino. Privilegiamo strategie terapeutiche basate sulla collaborazione tra il bambino e l'operatore.

### Per saperne di più su questa pratica

Schumacher, B. I., & Rapp, J. T. (2011). *Evaluation of the immediate and subsequent effects of response interruption and redirection on vocal stereotypy*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44(3), 681-685.

---

<sup>49</sup> «Interruzione/reindirizzamento della risposta» nella letteratura anglosassone.

## Rinforzo differenziale

### Convergenza parziale

#### Presentazione

Il rinforzo differenziale è un insieme di tecniche comportamentali mirate a ignorare la presenza di comportamenti problematici (che equivalgono alla tecnica di estinzione) promuovendo nel contempo l'apprendimento dei comportamenti desiderati (con il ricorso a un rinforzo).

I tre tipi di rinforzo differenziale più comunemente usati sono:

#### 1. Rinforzo differenziale di un comportamento alternativo<sup>50</sup>

Questa tecnica consiste nell'insegnare al bambino a ricorrere a un comportamento socialmente accettabile piuttosto che a un comportamento problematico. Il bambino imparerà più volentieri questo comportamento alternativo se è equivalente a livello funzionale. Per fare questo, viene eseguita la valutazione funzionale<sup>51</sup>.

Il più delle volte, il comportamento alternativo consiste nell'addestramento alla comunicazione funzionale (vocalizzazione, linguaggio dei segni, PECS). Ad esempio nella situazione in cui un bambino è in difficoltà a causa della vicinanza fisica di una terzo (che lo avrebbe portato ad essere aggressivo nei confronti di quest'ultimo), un rinforzo differenziale del comportamento alternativo potrebbe essere quello di insegnargli a dire «allontanati».

#### 2. Rinforzo differenziale di un comportamento incompatibile<sup>52</sup>

Questa tecnica, nella situazione in cui un bambino esegue ripetutamente un movimento stereotipato della mano, consisterà ad esempio nel proporgli un'attività informatica durante la quale il bambino userà il mouse del computer. La partecipazione a questa attività, sebbene distinta dal punto di vista funzionale, è incompatibile con la realizzazione del movimento stereotipato della mano.

#### 3. Rinforzo differenziale di qualsiasi altro comportamento<sup>53</sup>

Questa tecnica, nella situazione in cui il bambino si auto-mutila ripetutamente, consisterà per esempio nel proporgli la sua caramella preferita dopo un periodo (definito in anticipo) durante il quale lui non realizza l'azione problematica. Qualsiasi altra attività al di fuori dell'azione problematica è quindi rinforzata (con l'uso di un rinforzo).

#### All'Antenne

Questo gruppo di tecniche converge parzialmente con alcuni interventi effettuati all'Antenne, che consistono nel cercare di distrarre il bambino da un'azione problematica proponendogli un'altra attività, più compatibile con il legame sociale e/o non dannosa per l'integrità fisica (sua o di una terza persona).

<sup>50</sup> «Rinforzo differenziale del comportamento alternativo» o «DRA» nella letteratura anglosassone.

<sup>51</sup> La tecnica di valutazione funzionale è presentata più avanti in questo documento.

<sup>52</sup> «Rinforzo differenziale del comportamento incompatibile» o «DRI» nella letteratura anglosassone.

<sup>53</sup> «Rinforzo differenziale di altri comportamenti» o «DRO» nella letteratura anglosassone.

La convergenza è parziale perché favoriamo delle attività alternative che siano esse stesse motivanti/rinforzanti, perché sono funzionalmente equivalenti o simili. In altre parole, privilegiamo una motivazione interna piuttosto che l'uso di rinforzi esterni (ad esempio alimenti preferiti dai bambini).

**Per saperne di più su questa pratica**

Vollmer, T. R., & Iwata, B. A. (1992). *Differential reinforcement as treatment for behavior disorders: Procedural and functional variations*. *Res Dev Disabil*, 13(4), 393-417.

## Interventi proattivi

Gli interventi proattivi comprendono tecniche che danno priorità alla prevenzione del verificarsi di un'azione problematica adattando il contesto e l'ambiente. Questi interventi sono stati più spesso elaborati da medici e/o ricercatori coinvolti nel «Supporto comportamentale positivo»<sup>54</sup>.

### Valutazione funzionale del comportamento

*Convergenza maggiore*

#### Presentazione

La valutazione funzionale del comportamento<sup>55</sup> consiste nell'analisi del contesto nel quale si verifica una specifica azione problematica. Ad esempio la valutazione funzionale permette di mettere in evidenza che il bambino esegue più spesso un'azione problematica quando gli viene chiesto qualcosa in una maniera troppo diretta, oppure quando la terza parte è presente ma non interagisce con lui, o anche quando è solo e poco stimolato eccetera. La valutazione funzionale consente di proporre pratiche di intervento che prendono in considerazione la specifica funzione che tale azione problematica ha per un dato bambino, a condizione che siano presi in considerazione i fattori idiosincratici che partecipano alle azioni problematiche<sup>56</sup>.

#### All'Antenne

Una valutazione funzionale delle azioni problematiche viene realizzata sistematicamente durante le riunioni settimanali d'équipe dove partecipano tutti coloro che lavorano nel centro con il bambino (educatori, psicologi, logopedisti, fisioterapisti). Dalle osservazioni riportate dai vari operatori elaboriamo delle ipotesi cliniche riguardanti le azioni problematiche incontrate, al fine di adattare al meglio le pratiche di intervento proposte al bambino.

#### Per saperne di più su questa pratica

Hastings, R. P., & Rojahn, J. (2013). *Challenging behavior* (Vol. 44, p. 360). Academic Press.

<sup>54</sup> «Supporto del comportamento positivo» o «PBS» nella letteratura anglosassone.

<sup>55</sup> «Valutazione del comportamento funzionale» nella letteratura anglosassone.

<sup>56</sup> Ad esempio, leggi al riguardo: Schlichenmeyer, K. J., Roscoe, E. M., Rooker, G. W., Wheeler, E. E., & Dube, W. V. (2013). *Idiosyncratic variables that affect functional analysis outcomes: A review (2001–2010)*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 339-348.

## Variazione del programma, delle attività, del materiale

Convergenza maggiore

### Presentazione

Questa tecnica consiste nel mantenere una varietà nelle attività, nel materiale e nell'ordine delle attività proposte al bambino. Questa tecnica è ugualmente utilizzata nei contesti di attività educative durante le quali variano l'aiuto apportato<sup>57</sup>, il formato, il livello di difficoltà, l'ordine di istruzione e i tipi di gratificazione<sup>58</sup>.

### All'Antenne

Crediamo che la stabilità (o la ripetizione) delle attività proposte sia essenziale per **assicurare dei punti di riferimento** ai i bambini così come una certa sicurezza. Tuttavia, siamo attenti a introdurre variazioni in questa stabilità anche per **prepararli gradualmente ad affrontare i cambiamenti** – ad ogni modo inevitabili – che dovranno affrontare sia dentro che fuori l'istituzione, per tutto il corso della loro vita.

### Per saperne di più su questa pratica

Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Campodonico, F., & Mantini, M. (1998). *Task variation versus task repetition for people with profound developmental disabilities: An assessment of preferences*. Res Dev Disabil, 19(2), 189-199.

---

<sup>57</sup> «Promuovere» nella letteratura anglosassone.

<sup>58</sup> «Rinforzo» nella letteratura anglosassone.

## **Incorporazione delle scelte del bambino nelle attività, nel materiale, nel programma**

*Convergenza maggiore*

### **Presentazione**

Questa tecnica consiste nel far scegliere al bambino le attività alle quali vorrebbe partecipare, il materiale utilizzato nelle attività, e l'ordine delle attività.

### **All'Antenne**

Prendere in considerazione le preferenze di ogni bambino, farlo partecipare alle decisioni che lo riguardano, è la base stessa della nostra pratica clinica, così come nelle attività pedagogiche e nella vita quotidiana. Questo favorisce un collegamento di collaborazione con il bambino e aiuta a limitare il comportamento problematico.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Patall, E. A., Cooper, H., & Robinson, J. C. (2008). *The effects of choice on intrinsic motivation and related outcomes: A meta-analysis of research findings*. *Psychological Bulletin*, 134(2), 270-300.

## Annuncio delle prossime attività

*Maggiore convergenza*

### **Presentazione**

Questa tecnica<sup>59</sup> consiste nell'informare il bambino delle attività che vuole seguire durante la giornata. L'informazione è verbale e/o si appoggia a delle immagini o foto delle attività (supporto visivo).

### **All'Antenne**

Ci sembra essenziale informare il bambino, utilizzando diversi supporti, delle attività che vuole seguire al fine di rassicurarlo su ciò che lo aspetta successivamente.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Frea, W., & Green-Hopkins, I. (2003). *Priming as a method of coordinating educational services for students with autism*. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34(3), 228-235.

---

<sup>59</sup> «Priming» nella letteratura anglosassone.

## Accesso al materiale sensoriale

*Convergenza maggiore*

### Presentazione

Questa tecnica consiste nel permettere al bambino di manipolare un oggetto da lui privilegiato o un oggetto simile (che ha la stessa struttura e la stessa funzione). Questa manipolazione, rassicurando il bambino e/o focalizzando la sua attenzione, permette di diminuire certe azioni problematiche (per esempio aggressione, autoaggressione, distruzione di uno spazio, fuga).

### All'Antenne

Sembra evidente per noi permettere al bambino di manipolare l'uno o l'altro dei suoi oggetti privilegiati, poiché ciò limita l'ansia associata a situazioni difficili per il bambino. Tuttavia, a misura della sicurezza che il bambino acquista durante la presa in carico, lo incoraggiamo a ricorrere ad oggetti che possono essere un punto di supporto a livello del legame sociale e dell'apprendimento.

### Per saperne di più su questa pratica

Ladd, M. V., Luiselli, J. K., & Baker, L. (2009). *Continuous access to competing stimulation as intervention for self-injurious skin picking in a child with autism*. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(1), 54-60.



## Supporto visivo

*Convergenza maggiore*

### **Presentazione**

Questa tecnica consiste nell'adattare l'ambiente aggiungendovi delle informazioni visive (immagini, foto, scritte), poiché certe azioni problematiche sono la conseguenza di un disagio associato alla mancanza di coordinate spazio-temporali o alla mancanza della comprensione della lingua parlata.

### **All'Antenne**

Siamo attenti a fornire informazioni visive (sotto forma d'immagini, foto, scritte) al fine di fornire al bambino le coordinate spazio-temporali delle quali ha bisogno per orientarsi.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Vedel, M., & Dyrbjerg, P. (2007). *Everyday education: Visual support for children with autism*. Jessica Kingsley Publishers.

## Esercizi

*Convergenza maggiore*

### **Presentazione**

Questa tecnica consiste nel proporre al bambino attività sportive (nuoto, ginnastica etc.) che servono come alternativa ad azioni problematiche canalizzando la motricità verso un'attività più valorizzata.

### **All'Antenne**

Proponiamo spesso atelier sportivi (nuoto, ginnastica, equitazione, bicicletta, corsa) non solo per canalizzare l'energia dei bambini e sviluppare la loro motricità, ma anche perché queste attività apportano piacere e motivazione, tutto nel contesto di un legame sociale.

### **Per saperne di più su questa pratica**

Rosenthal-Malek, A., & Mitchell, S. (1997). *Brief report: The effects of exercise on the self-stimulatory behaviors and positive responding of adolescents with autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(2), 193-202.

## Scripts

Convergenza maggiore

### Presentazione

La tecnica degli scripts<sup>60</sup> consiste nell'aiutare il bambino ad anticipare le differenti tappe di un'attività presentandogli una descrizione verbale o scritta che gli possa servire da modello.

### All'Antenne

Come il metodo del «priming», questo modo di procedere, che favorisce un sentimento di sicurezza grazie a una più grande prevedibilità degli avvenimenti, è correntemente utilizzata.

### Per saperne di più su questa pratica

Brown, J. L., Krantz, P. J., McClannahan, L. E., & Poulson, C. L. (2008). *Using script fading to promote natural environment stimulus control of verbal interactions among youths with autism*. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(3), 480-497.

## Intervento cognitivo-comportamentale e autogestione

Pratiche non considerate

Queste due tecniche consistono, ognuna a suo modo, nell'insegnare al bambino a gestire meglio le sue emozioni e a essere più responsabile delle sue azioni.

Queste tecniche non vengono utilizzate perché vengono offerte principalmente a bambini con autismo lieve (sindrome di Asperger), che non è il caso dei bambini che accogliamo. L'autogestione è un obiettivo terapeutico molto interessante, ma non può molto spesso essere affrontato sin da subito, date le difficoltà molto importanti dei bambini al loro arrivo nel nostro centro.

<sup>60</sup> «Scripts» nella letteratura anglo-sassone.

# **Conclusione generale**

## **Dalla specificità dell'approccio clinico dell'Antenne 110...**

L'orientamento teorico ed etico che costituisce la base dell'approccio clinico dell'Antenne, in particolare il suo ancoraggio psicoanalitico, offre prospettive uniche nel panorama contemporaneo delle prese in carico dell'autismo, in particolare: che il bambino è un soggetto; che, come ogni soggetto, si trova di fronte a difficoltà specifiche e cerca di porvi rimedio a modo suo; che le sue difficoltà e le sue soluzioni devono essere prese in considerazione e rispettate; che è a partire da questa posizione etica che può essere stabilita una fiducia e una collaborazione con il bambino; che la rieducazione del bambino si basa su una serie di attività (artistiche, sportive, informatiche, educative, ecc.) che tengono conto delle sue preferenze e delle sue difficoltà; che le abilità nei bambini sono acquisite in una varietà di contesti, che hanno in comune il fatto di essere opportunità che il bambino può cogliere; che la particolarità degli operatori (le loro abilità, i loro desideri, ecc.) è una ricchezza da sostenere e sviluppare perché consente a ciascun bambino di trovare i punti di appoggio appropriati per progredire.

Ognuno di questi punti rende la clinica dell'Antenne un approccio vivo, dinamico e accoglie direttamente la diversità delle persone – bambini, famiglie, operatori – che sono portati a incontrarsi e a lavorare insieme.

## **...alle convergenze e divergenze con le altre prese in carico**

Come abbiamo visto in tutto il documento, anche se l'approccio clinico dell'Antenne è specifico, la pratica risultante non è isolata da altri tipi di presa in carico dei bambini autistici.

In effetti, la pratica clinica presso l'Antenne converge con alcune pratiche di interventi globali e mirati: quelli basati sulla presa in considerazione delle peculiarità, difficoltà, risorse, così come delle preferenze del bambino per aiutarlo a evolvere in una pluralità di registri (costruzione dell'identità, rappresentazione del corpo, socializzazione, apprendimento, ecc.).

D'altra parte, sembra che la pratica clinica dell'Antenne diverga fortemente da pratiche di intervento globali e mirate che riguardano esclusivamente una tipologia di lavoro (es. l'apprendimento o la psicoterapia), o ancora che consistono in metodi che non lasciano abbastanza spazio alla presa in conto delle risorse dei bambini e dell'inventiva degli operatori.

Al di là della prossimità o della distanza da altre pratiche di intervento, noi teniamo a precisare che è il desiderio di saperne di più su queste pratiche che ha animato l'approccio degli autori di questo documento durante tutto il processo (lettura, discussione, scrittura). Che possa questo approccio favorire degli scambi, dialoghi e dibattiti più sereni che in passato tra i differenti operatori coinvolti nell'accoglienza di persone autistiche e delle loro famiglie.